ZUR FRAGE

DER

SCHANKER-EXCISION.

INAUGURAL-ABHANDLUNG

MIT APPROBATION DER MED. FACULTÄT IN WÜRZBURG

DEM DRUCKE ÜBERGEBEN

VON

Dr. ERNST BUMM

APPROBIRTEM ARZT IN WÜRZBURG.

(SEPARAT-ABDRUCK AUS DER VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS. 1882. II. HEFT.)

WIEN 1882.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER

Referent: Prof. Dr. v. Rinecker.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

ZUR FRAGE

DER

SCHANKER-EXCISION.

INAUGURAL-ABHANDLUNG

MIT APPROBATION DER MED. FACULTÄT IN WÜRZBURG

DEM DRUCKE ÜBERGEBEN

VON

Dr. ERNST BUMM

APPROBIRTEM ARZT IN WÜRZBURG.

(SEPARAT-ABDRUCK AUS DER VIERTELJAHRESSCHRIFT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS. 1882. II. HEFT.)

WIEN 1882.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0154

Zur Frage der Schanker-Excision.

Von

Dr. Ernst Bumm,

(früherem) Assistenten der Klinik für Syphilis in Würzburg.

Die Frage nach der Berechtigung und den Erfolgen einer Behandlungsweise, welche durch rechtzeitige Entfernung syphilitischer Primäraffectionen den Allgemeinausbruch der Syphilis verhindern sollte, musste begreiflicher Weise von dem Augenblick an eine andere Gestalt gewinnen, wo in Folge der in Deutschland allgemein adoptirten Baerensprung'schen Dualitätslehre der indurirte Schanker von seinem Beginn an nicht mehr als örtlicher Affect, sondern als das Product einer constitutionellen Erkrankung angesehen wurde. In der That wurden denn auch von mehreren Seiten Misserfolge dieser ektrotischen Methode gemeldet und einige hervorragende Syphilidologen (Sigmund[1]), Lewin[2]), Fournier[3]), sprachen geradezu ein Verdict gegen dieselbe aus. Es mochte daher als ein Wagstück erscheinen, als Auspitz[4]) im J. 1877 mit einer grösseren Arbeit über die Excision der syphilitischen Initial-Sklerose für diese Methode in die Schranken trat und in der That ist es ihm gelungen, indem er an der Hand der von ihm erzielten günstigen Erfolge die Patho-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1871, Nr. 21. 22.

[2]) Berl. Klin. Wochenschr. 1873, Nr. 12.

[3]) Syphilis chez la Femme 1873, pag. 193.

[4]) Diese Vierteljahresschr. Jahrg. 1877, S. 107.

genie des indurirten Geschwürs einer kritischen Beleuchtung unterstellte, nicht nur für die damals bereits ziemlich discreditirte Abortivbehandlung des syphilitischen Primäraffects eine neue Aera zu inauguriren, sondern die ganze Frage erlangte von da ab eine solche Tragweite, dass sie nicht mehr von der Tagesordnung verschwand und die bewährtesten Fachmänner des In- und Auslandes zu ihrer Lösung Beiträge zu liefern bemüht waren.

Mehrere Berichte lauteten zustimmend, von anderer Seite aber erhob sich Widerspruch und vor Allem waren es die beiden Wiener Kliniker Sigmund [1]) und Zeissl [2]), die als Gegner der Excision auftraten und den früher aufgestellten Lehrsatz, dass die syphilitische Initialsklerose der Ausdruck der syphilitischen Allgemeinerkrankung sei, aufs Neue betonten. Auch von Frankreich herüber kam eine Reihe ungünstiger Nachrichten und schien — lediglich die Zahl der Beobachtungen ins Auge gefasst — die Wagschale auf die Seite der Gegner der Excision sich zu neigen.

Es liegt nicht in meiner Absicht, eine historische Uebersicht und noch weniger eine Kritik der einschlägigen Literatur zu geben. Im Hinblick auf die diesbezüglichen Zusammenstellungen von Auspitz [3]) Chadzynski [4]) Leloir [5]) u. A. kann ich dies unterlassen und mich darauf beschränken, hier Eingangs auf die ausserordentliche Differenz der Beobachtungsresultate, wie sie bei der Excision der Initialsklerose erzielt worden sind, hingewiesen zu haben. Wenn auf der einen Seite unter 32 ohne alle Auswahl der Operation unterzogenen Fällen von indurirtem Schanker 14 von allen Zeichen secundärer Lues freigeblieben sind (Auspitz) und auf der anderen Seite unter 8 Fällen, welche gerade, weil sie besonders günstige Chancen für ein Gelingen zu bieten schienen, excidirt wurden, (Mauriac) nicht ein einziger glücklich endete, so fehlt dafür allerdings jede vermittelnde Erklärung und zeigt sich nur, wie schwer es ist, auf diesem Gebiete zu abschliessenden Beobachtungen zu kommen.

---

[1]) Wiener med. Blätter 1878, Nr. 33.
[2]) Wiener med. Wochenschrift 1880, S. 869.
[3]) a. a. O. S. 108 u. folg.
[4]) Annal. de Dermatol. et de Syphilogr. 2. Série I. 3. 1880 p. 461.
[5]) Ibid. II. 1. 1881 p. 69.

Die Schwierigkeiten, welche sich der Klarlegung eines anscheinend so einfachen Capitels der Syphilidologie als die Excisionsfrage es ist, entgegenstellen, sind zum Theil im Wesen der Sache begründet.

Bei der ungemeinen Variabilität des Ablaufes der syphilitischen Infection, wie sie durch die Mannigfaltigkeit und inconstante Wirkung der in Frage kommenden Factoren (individuelle Resistenzfähigkeit — Modificationen des specifischen Agens — Art und Ort der Infection u. s. w.) bedingt wird und wie sie sich im Einzelfalle schon durch die bekannten Differenzen der Incubation zu äussern pflegt, ist jede Beurtheilung erschwert und die Aufstellung allgemein giltiger Thesen unmöglich.

Hiezu kommt ferner eine Reihe von Hindernissen mehr äusserlicher Natur, die nicht zu gering angeschlagen werden dürfen.

Da die Chancen eines glücklichen Erfolges um so schlechtere werden, je später man den Giftherd aus dem Organismus entfernt, so sieht man sich nicht selten gezwungen, dem Interesse des Patienten die wünschenswerthe Sicherheit der Diagnose hintanzusetzen und zu einer Zeit zu excidiren, wo die specifische Natur des betreffenden Geschwürs noch nicht über alle Zweifel erhaben ist. Bezüglich des inficirenden Charakters und der Folgen eines typischen Hunter'schen Schankers wird ja nie lange Unsicherheit bestehen, jene leicht nässenden Stellen aber, welche einige Wochen nach der Ansteckung dem Arzte zu Gesicht kommen, eine eben fühlbare Härte zeigen und gerade so gut den Primäraffect der Syphilis als z. B. ein irgendwie gereiztes oder vernachlässigtes Herpesgeschwür darstellen können, sind kaum einer sicheren Deutung fähig und legen, wenn excidirt worden ist und weitere Symptome ausbleiben, dem gewissenhaften Beobachter selbst die Möglichkeit eines Irrthums nur zu nahe.

Confrontationen können allerdings über diese Zweifel einigermassen hinweghelfen, wenn sie nur immer möglich wären.

Was die Aufschlüsse betrifft, welche die mikroskopische Untersuchung der herausgeschnittenen Stücke zu geben vermag, so scheinen die von Auspitz und Unna, Cornil u. A. beschriebenen Veränderungen gerade hier, wo es sich um die ersten Anfänge des Processes handelt, doch zu wenig charakteristisch zu sein, um

darauf allein eine Diagnose zu bauen, wenn auch ihr Werth im Zusammenhalt mit der klinischen Beobachtung nicht unterschätzt werden soll.

Hat nun aber die Excision an einem Geschwür von sicher gestellt syphilitischem Ursprunge stattgefunden, so ist in der nothwendig lange ausgedehnten Beobachtungszeit ein neuer Umstand gegeben, welcher manchen Fall noch in später Stunde für eine wissenschaftliche Verwerthung untauglich machen kann; die breiten Gränzen, zwischen denen die II. Incubationsperiode der Syphilis schwanken kann, nöthigt uns anscheinend Gesunde noch Monate lang einer peinlichen Controlle zu unterwerfen, welche den Meisten unverständlich ist und unnöthig erscheint. Wie lange die Beobachtung ausgedehnt werden muss, steht dahin; dass eine solche von 3 Monaten aber bezüglich eines definitiven Erfolges gar keinen sicheren Ausspruch erlaubt, dürfte kaum bestritten werden, nachdem neuerdings von Güntz [1]) gezeigt worden ist, dass bei $^1/_9$ — $^1/_{10}$ aller Schanker die Syphilis noch am 100. — 159. Tage ausbricht.

Bevor man die Beantwortung einer Frage versucht, ist es immer gut, sich der Schwierigkeiten voll bewusst zu werden, die ihre Lösung bietet; möge man mir es daher nicht verargen, wenn ich diese im Vorstehenden der Hauptsache nach berührt habe, und dabei manches Bekannte und Selbstverständliche wiederholen musste.

Auf Veranlassung Geh. Raths v. Rinecker wird an dessen Syphilidoklinik der Excision der syphilitischen Initialsklerose seit dem Jahre 1877 ein besonderes Studium gewidmet; es haben sich von vorne herein alle Fälle von Schanker, welche eines syphilitischen Ursprungs verdächtig sind, einer ganz besonderen Aufmerksamkeit zu erfreuen und wird die Exstirpation überall da geübt, wo der Primäraffect seiner Dauer, seiner Ausdehnung und seinem Sitz nach günstige Aussichten für eine radicale Entfernung des Krankhaften zu bieten scheint.

Die Operationstechnik, welche ja an und für sich höchst einfach ist, erfährt dadurch einige Complication, dass nicht nur wie bei Carcinomexstirpationen die vollständigste Hinwegnahme der

[1]) Betz, Memorabil. 1881. 7 Heft.

inficirten Gewebstheile erstrebt, sondern auch jeder Contact des Krankhaften, besonders der absondernden Geschwürsflächen mit der Schnittwunde vermieden werden muss. Um diesen zwei Punkten möglichst Rechnung zu tragen, wurde von dem anfänglich geübten Hüter'schen Scherenschnitte abgegangen und nach gehöriger Verschorfung der secernirenden Fläche und Desinfection der Umgebung mit dem Messer, welches eine exactere Schnittführung zulässt, mindestens 1 Cm. von der äussersten Härte entfernt, der Schanker ausgelöst, so dass bei Operationen am Penis in den meisten Fällen die Corpora cavernosa bloslagen. Die Wunde wurde durch abwechselnd oberflächlich und tief gelegte Nähte so vereinigt, dass sich keine abgesackte Höhle bilden konnte. Die unangenehme Schwellung der Theile, insbesondere des Präputiums konnte durch einen Lister'schen Compressivverband, der durch eine um das Scrotum gelegte Tour einen Haltpunkt fand, immer vermieden werden und schien sich dadurch auch der Procentsatz der Primärheilung noch günstiger zu gestalten als früher, wo die Wunde einfach mit dem Oellappen bedeckt worden war.

Die Resultate dieser Behandlung aus dem ersten Jahre sind bereits veröffentlicht [1]) und haben dazu beigetragen, für gewisse Fälle die Möglichkeit einer Abortivheilung der Syphilis durch die Excision ihres Primäraffectes nachzuweisen. Durch zahlreiche Erfahrungen der nächsten vier Jahre haben die damals gewonnenen Ansichten so manigfache Modificationen nach der einen, Erweiterung nach der anderen Seite erfahren, dass eine erneute Sichtung und Zusammenstellung des vorliegenden Materials (wenngleich ein definitiver Abschluss nicht erreicht war), angezeigt erschien.

Dasselbe theilt sich in zwei Gruppen, deren erste jene Fälle umfasst, in welchen blos der Schanker ohne Rücksicht auf die gleichzeitig bestehende Drüsenaffection entfernt wurde, während in der zweiten die Beziehung der indurirten Ganglien zur Infection und die Resultate, welche wir mit ihrer Exstirpation erzielten, erörtert werden sollen.

---

[1]) Th. Kölliker, Centralbl. f. Chirurgie 1878, Nr. 48.

I.

Die Excisionsfrage hat von Anfang an weit mehr theoretisches Interesse hervorgerufen als praktische Bedeutung gehabt und zwar waren es hauptsächlich die Aufschlüsse über das Verhältniss des Primäraffectes zur nachfolgenden Allgemeinerkrankung, um die es sich handelte.

Auf den ersten Blick und bei ganz unbefangener Beurtheilung wird wohl jeder, der einmal das Auftreten des inficirenden Schankers, seine Induration, das Hinzukommen der indolenten Drüsenschwellung und endlich mit einem Schlage das Sichtbarwerden eines über den ganzen Körper verbreiteten Exanthems u. s. f. zu beobachten Gelegenheit hatte, den Eindruck bekommen, dass das Gift zunächst an seiner Eintrittsstelle wuchs und sich vermehrte, um von da aus die correspondirenden Drüsen zu befallen und dann erst den ganzen Organismus zu überschwemmen.

Bei näherem Eingehen scheint nun mit dieser Anschauungsweise vorzüglich die bekannte Erfahrung in Widerspruch zu stehen, dass Impfversuche mit dem Secrete inficirender Schanker auf deren Träger meistens fehlschlagen. Man fragt mit Recht, warum denn, wenn doch der Primäraffect der Syphilis nur ein locales Leiden ist, eine Abimpfung auf irgend eine andere Stelle des Körpers nicht positive Resultate gibt, wie dies der weiche Schanker thut, und macht nun den freilich nicht mehr ganz zuverlässigen Rückschluss, dass wegen des Misserfolges der Organismus bereits immun gewesen sein müsse, also der Primäraffect der Ausfluss eines Allgemeinleidens sei.

Betrachten wir nun die angezogenen Impfergebnisse etwas genauer, so steht zur Zeit Folgendes fest:

Ein grosser Theil der Inoculationen bleibt allerdings ohne jede sichtbare Folge; eine kleine Blutkruste, eine geringe Röthung in der Umgebung des Stiches sind die einzigen Zeichen des vorgenommenen Eingriffes und verschwinden nach wenigen Tagen spurlos. Aus diesen negativen Resultaten ist die Theorie von der „Nichtautoinoculabilität“ des Initialaffectes geschöpft. Zu ihrer Erklärung muss erstens auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, mit der das syphilitische Virus überhaupt auf Gesunden haftet;

„es bedarf, wie Auspitz [1]) betont, die Möglichkeit der Ansteckung speciell für sie günstiger Momente, welche in den meisten Fällen nicht vorhanden sind. Anders wäre es kaum begreiflich, warum nicht das ganze Menschengeschlecht heute syphilitisch sei".

Dazu kommt als zweite nicht minder wichtige Ursache der Misserfolge, dass häufig die Impfung zu einer viel zu späten Zeit vorgenommen wird, als dass überhaupt bei der langen Incubation, welche wir dem Impfschanker ebensogut wie seinem Stammgeschwür zugestehen müssen, noch ein Anschlagen zu erwarten wäre. Angenommen, eine Abimpfung von einem harten Schanker wird 8 Tage nach dessen Auftreten prakticirt, so wird sich sein Träger etwa in der 4. Woche vom Zeitpunkt der Infection an gerechnet befinden. Indem nun das an der Impfstelle deponirte Virus wiederum 14 Tage bis 3 Wochen braucht, um eine solche Entwicklung zu erreichen, dass es sichtbare Reactionserscheinungen von Seite des Organismus und insbesondere die specifische Induration bewirkt, kann allerdings während dieser Zeit vom Stammschanker aus eine Allgemeininfection und damit eine Immunität hervorgerufen worden sein, welche ein Weitergedeihen des zweiten Virusherdes und damit das Entstehen eines Impfschankers hindert, ohne dass jene deshalb schon zur Zeit der Abimpfung oder auch noch länger nachher nothwendiger Weise bestanden haben müsste.

Dieses Ineinandergreifen der sog. II. Incubationsperiode des ursprünglich aufgenommenen Virus und der I. des Inoculationsgeschwüres macht das Impfexperiment überhaupt zu einem sehr zweifelhaften Reagens auf die vollzogene constitutionelle Erkrankung zur Zeit der Impfung selbst, etwas worauf es hier aber gerade ankommt.

Wenn man Gelegenheit hat frühzeitig von einem indurirten Ulcus auf seinen Träger abzuimpfen und insbesondere dazu eine vom primären Infectionsherd möglichst weit entfernte Stelle zu wählen, kann man öfters über die berührten Verhältnisse sehr instructive Beobachtungen machen. Zur Illustration diene folgendes Excerpt einer Krankengeschichte:

K. C. 25 Jahre alt. Infection fand am 5. Aug. 1881 statt. Ein paar Wochen später werden nässende Stellen an der Vorhaut bemerkt, welche sich allmählich in Geschwüre umwandeln.

[1]) Diese Vierteljahrschrift Jahrg. 1880, pag. 287.

Am 22. Aug. werden 1 grösseres und 2 kleinere indurirte Geschwüre constatirt und mit dem in genügender Menge vorhandenen Secret eine Impfung am rechten Oberarm vorgenommen. Nach 3 Tagen hat sich die kleine Blutkruste abgelöst und erscheint die Haut an der Impfstelle vollständig intact.

Am 10. Tage von der Impfung ab wird daselbst zuerst eine etwa stecknadelkopfgrosse Röthung bemerkt, die in den nächsten Tagen langsam zunimmt. Es sind zu gleicher Zeit Drüsenschwellungen in der Leiste aufgetreten.

Am 20. Tage findet sich eine über linsengrosse Papel mit leicht schuppiger Oberfläche, welche sich deutlich infiltrirt anfühlt. Die nächsten Tage bringen eine graugelbe Verfärbung der Papel, die nun eine allmähliche Rückbildung erfährt, so dass am 30. Tage nach der Impfung (dem 47. nach der Infection) die ganze Erscheinung verschwunden ist. Gleichzeitig mit dem Rückgang der Impfpapel tritt Schwellung der Cervicaldrüsen sowie eine Angina auf. Pat. verliess, da unterdessen seine Geschwüre am Penis verheilt waren, die Klinik, kam jedoch bald mit secundären Erscheinungen zurück.

Hier verlief die Impfung anfänglich wie bei einem Gesunden es kam zu einer ganz charakteristischen Papel, welche sich gerade anschickte, durch ihren Zerfall ein Geschwür zu bilden, als der ganze Process plötzlich und zur nämlichen Zeit mit der beginnenden Allgemeininfection zum Stillstand gelangte. Wir können uns derartige Vorgänge nur so erklären, dass der Organismus zur Zeit der Impfung und hier noch 3 Wochen nachher nicht inficirt war und sich deshalb eine Impfpapel entwickeln konnte, welche allerdings bei der nun eintretenden constitutionellen Erkrankung und hiemit bedingten Immunität keine weitere Fortschritte mehr machte.

Impfungen mit dem Secret indurirter Schanker bringen jedoch wirklich in einzelnen Fällen Geschwüre zu Stande, welche alle Zeichen der typischen Hunter'schen Induration aufzuweisen haben (Wallace, Puche). Ich werde alsbald über eine diesbezügliche Beobachtung zu referiren haben, wo eine am 23. Tage nach der ersten Infection ausgeführte Impfung auf den Träger einen noch so wenig immunen und wie man deshalb annehmen muss, vom speci-

fischen Virus so ganz undurchseuchten Boden fand, dass sich ein Schanker entwickeln konnte, der dem ursprünglichen in Nichts nachgab [1]).

Als 3. Impfresultat können mit dem Secret des harten Geschwürs endlich noch die Clerc'schen Chancroide erzeugt werden. Da jedoch eine Mitbedingung für ihr Entstehen ein bereits syphilitisches Terrain ist, kommen sie für unsere Frage nicht weiter in Betracht und können deshalb hier unberücksichtigt bleiben.

Wenn sonach auf der einen Seite ein negativer Erfolg über die Ausbreitung und den Stand der Allgemeininfection gerade zur Zeit der Abimpfung keinen Aufschluss zu geben vermag und auch auf der anderen Seite positive Inoculationen vorliegen, welche zeigen, dass noch wochenlang nach der Infection keine Immunität bestand, so können wir in diesen Thatsachen Nichts finden, was gegen die Möglichkeit einer localen Natur der Primäraffection der Syphilis spräche.

Ebensowenig können wir dies bezüglich der Menge von Analogien, welche man von allen möglichen Infectionskrankheiten herbeigeholt hat, um der Ansicht von dem raschen Eindringen des syphilitischen Virus eine Stütze zu geben. Aber selbst abgesehen davon, dass Analogieschlüssen nicht die mindeste Beweiskraft zukommt, gibt es, worauf ebenfalls schon Auspitz [2]) hingewiesen hat, Beobachtungen (Cohnheim'sche Tuberculoseimpfungen), die eine langdauernde und scheinbar vollständige Ruhe der inoculirten Materie constatiren, bis dann mit einem Male sich eine Localaffection bildet, von der aus erst secundär eine Gesammtinfection des Organismus erfolgt.

Nach diesem Rückblick auf die anderweitigen Momente, welche Primäraffect und Allgemeinsyphilis in ihrer Stellung zu einander zu beleuchten geeignet sind, kann ich mich zu den einschlägigen Ergebnissen unserer Excisionsversuche wenden.

---

[1]) Auch der von Dr. Rieger in seiner Arbeit über Schanker und Chancroid (diese Viertelj. 1881, S. 204) beschriebene Fall gehört hierher und sind aufmerksamen Beobachtern Fälle von zufälliger Autoinoculation des harten Geschwürs sicher öfters vorgekommen, wenn sie auch weniger häufig sind, als bei weichen Schankern.

[2]) Wien. med. Presse 1879, Nr. 17.

Es ist nicht beabsichtigt, die ganze Reihe der im Laufe von 4 Jahren gesammelten Fälle und vorgenommenen Versuche detaillirt aufzuführen; indem ich mich auf das Wichtigste beschränke, hoffe ich vielmehr die ermüdende Folge trockener Krankheitsprotokolle umgehen zu können, ohne deswegen dem Zusammenhange des Ganzen zu schaden.

Voran stelle ich eine Beobachtung, welche in Kürze bereits von Kölliker (l. c.) aufgezählt ist; auf diesen Fall, welcher damals nur $3^1/_2$ Monate unter Controlle gestanden war, nochmals zurückzukommen, scheint mir deshalb gerechtfertigt, weil er später zu Erscheinungen geführt hat, die ihm eine ganz exceptionelle Stellung für unser Thema sichern.

1. Fall. M. B. 17 Jahre alt, puella vulgivaga. Als solche von der Polizei in das Gefängniss gebracht, begehrte sie nach 4wöchentlichem Aufenthalt daselbst Untersuchung, da ihr die zahlreichen spitzen Condylome an den Genitalien lästig wurden. Während die bei ihrem Eintritt vorgenommene Genitalexploration nichts Anomales auffinden liess, ergab sich am 8. März 1878 folgender Status: Starker Fluor vaginalis, Papillome am Scheideneingang und After; am Rande der linken grossen Labie, am Ende des oberen Drittels, eine bohnengrosse, an der freien Fläche schwach secernirende, scharf umschriebene Sklerose; Härte und Firnissglanz sind äusserst charakteristisch ausgeprägt. Weder in der Weiche noch sonst wo am Körper Drüsenschwellungen.

Am 15. März wird das Geschwür nach der Hüter'schen Methode entfernt. Die Heilung erfolgt durch Eiterung und ist bis 11. April vollständig beendigt. Drüsenschwellung ist nicht eingetreten. Die mikroscopische Untersuchung, ausgeführt von Prof. Ziegler, bestätigt die klinische Diagnose.

Am 28. Mai frei von allen constitutionell syphilitischen Symptomen entlassen, bleibt B. noch unter zeitweiser Beobachtung. Am 23. Jänner 1879 kommt sie am ganzen Körper mit Krätzepusteln bedeckt und mit starkem Fluor vaginalis und cervicalis behaftet, aber ohne Syphiliserscheinungen zurück und lässt eine fortdauernde Controlle bis 10. Mai 1879, also bis 14 Monate nach der Excision keine Spur von Lues entdecken. Trotzdem nicht überzeugt von dem Erfolge der Excision und in der sicheren Erwartung eines negativen Resultates beschloss man nach Einwilligung der B. eine Inoculation mit specifischem Secret.

Es wurde das Corium in der Mitte des linken Oberschenkels blosgelegt und darauf Eiter von einem indurirten Geschwür gebracht.

Die Impfstelle verhält sich bis zum 21. Mai reactionslos; an diesem Tage wird zuerst eine leichte aber fühlbare Härte bemerkt, an deren Stelle sich in den nächsten Tagen ein Geschwür entwickelt, das bis zum 21. Juni $1^1/_2$ Cm. im Durchmesser gross, bereits Schwellungen der correspondirenden Schenkeldrüsen zur Folge hat und bis 28. Juni einen harten Rand bekommt.

Unterdessen war am 2. Juni 1879 — also 23 Tage nach der ersten Impfung — eine ebensolche auf dem rechten Oberschenkel gemacht worden und hat folgenden Verlauf genommen: Bis 21. Juni 1879 keine Reaction; am 28. Juni war neben Röthung an der Impfstelle bereits eine leichte Infiltration zu fühlen, die allmählich zunahm und am 6. Juli zu einer Schwellung der rechten Schenkeldrüsen geführt hatte; am 16. Juli ist die Haut an der Impfstelle im Umfang eines Markstückes geröthet, leicht erhaben, theils excoriirt, theils mit Schüppchen bedeckt und derb infiltrirt.

Am nämlichen Tage Schwellungen der Cervicaldrüsen und in der nächstfolgenden Zeit unter Schmerzen im Schulter- und Hüftgelenk Auftreten einer Roseola, welche bis 21. Juli 1879 ihre volle Ausbildung erreicht. Unter einer Injectionskur von Sublimatpepton erfolgt rasche Rückbildung sämmtlicher Symptome, an den Impfstellen bleibt ein dunkelbrauner Pigmentfleck zurück.

Es folgen nun 2 weitere Fälle, in welchen nach Excision der Initialsklerose Symptome der constitutionellen Syphilis ausblieben.

2. Fall. H. E. 36 Jahre alt, Schreiber. Pat. ist verheiratet, hat gesunde Kinder und war abgesehen von einem Tripper nie geschlechtskrank. Als Tag der Infection wird mit aller Bestimmtheit der 25. April 1881 eruirt; das betreffende Frauenzimmer war eine puella publica, welche, wie sich nachträglich herausstellte, an nässenden Condylomen litt.

9 Tage später bemerkt E. am Präputium ein Bläschen und kommt deshalb auf die Klinik, wo man an der inneren Lamelle eine kleine Excoriation, anscheinend von einer geplatzten Herpeseruption herrührend, constatirt.

Trotz entsprechender Behandlung überhäutet sich der Substanzverlust nicht und bietet bei der zweiten Untersuchung folgendes Aus-

sehen: An der inneren Vorhautlamelle links sitzt ein bohnengrosser Knoten, welcher in der Mitte ein oberflächliches Geschwür trägt, das mit einem fest anhaftenden zähen Eiter bedeckt ist; die Ränder und Basis des Geschwürs sind knorpelhart, leicht von der Umgebung abzuheben. Drüsenschwellungen in der Leiste sind nicht zu fühlen.

Excision der Sklerose und Umgebung am 13. Mai 1881; Naht, Heilung per prim.; die Narbe ist linear und ganz weich.

Patient, welcher bisher alle 14 Tage auf die Klinik kommt, hat keinerlei Zeichen secundärer Lues dargeboten. Letzte Untersuchung am 15. April 1882, also fast ein Jahr nach der Operation.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass mit dem Secrete des excidirten Geschwürs bei einem in der Eruptionsperiode der Syphilis stehenden Kranken zwei Ulcera erzeugt werden konnten, welche sich allmählich vergrössernd einen Durchmesser von über 2 Cm. erreichten, mit stark wuchernden Granulationen erfüllt und von einem erhabenen knorpeligen Rand umwallt waren. (Tarnowsky's „pseudoindurirter Schanker — Rieger's typisch modificirtes Geschwür".)

3. Fall. R. H. Amtsgehilfe, 32 Jahre alt. Ausser einigen Trippern hat Pat. nie Geschlechtskrankheiten gehabt. Der inficirende Coitus fand in der Neujahrsnacht 1880 statt. Nach wenigen Tagen wird an der Vorhaut ein kleines Eiterbläschen bemerkt, welches trotz Behandlung mit verschiedenen Adstringentien nicht zuheilt, sich vielmehr gegen Ende Januar zu einem Geschwür mit deutlich verhärtetem Rande und Grunde ausbildet; der knopfförmige Schanker sitzt am äusseren Praeputialblatt und lässt sich mit Leichtigkeit abgrenzen und verschieben. Drüsenschwellungen in der Leiste sind nicht vorhanden.

Exstirpation am 1. Februar 1882. Die Wunde kommt nicht ganz zu primärer Heilung, die Ränder wulsten sich und scheinen etwas infiltrirt. Bis Anfang März war jedoch an der kaum mehr sichtbaren Narbe jede Härte von selbst geschwunden und sind bis heute keine Zeichen von Syphilis aufgetreten.

Die mikroskopische Untersuchung, von Hofrath Rindfleisch vorgenommen, ergab die für die syphilitische Initialsklerose als bezeichnend angegebenen Veränderungen und erhärtete so die Diagnose, welche ohnehin in dem einen Fall durch die Confrontation bestätigt war.

Diesen 3 geglückten Fällen gemeinsam und wie ich glaube nicht ohne Bedeutung für ihr Gelingen war die Einzahl des inficirenden Geschwürs, welches sich ausserdem jedesmal durch die Schärfe auszeichnete, mit welcher die indurirte Partie von der Umgebung geschieden war, und welches immer so sass, dass eine recht ausgiebige Excision ohne Schwierigkeit möglich wurde.

Bemerkenswerth erscheint ferner noch die verhältnissmässig kurze Incubationszeit, welche in den 2 letzten Fällen mit aller Sicherheit eruirt wurde. Bereits wenige Tage nach der Ansteckung in einem, 9 Tage nachher im andern trat eine Erosion auf, die bald geschwürigen Charakter annahm und einmal schon am 18. Tage eine exquisite Härte erreicht hatte. Diese auch von Auspitz in vielen seiner Fälle beobachtete Thatsache verdient gegenüber den Berichten von Mauriac Erwähnung, bei dessen (sämmtlich missglückten) Fällen dem Auftreten des Primäraffectes eine viel längere Incubation vorangegangen war.

Anlangend die vom Infections- bis zum Excisionsdatum verstrichene Zeit, so hat dieselbe 18 und 30 Tage betragen; bei Fall I liess sich Diesbezügliches nicht feststellen, wenn gleich ein vierwöchentliches Intervall sicher vorhanden gewesen sein muss.

Als dritten Punkt hebe ich endlich noch hervor, dass in keinem Falle die nächstliegenden Drüsenkörper ergriffen gewesen sind und auch späterhin eine derartige Affection nicht auftrat.

Die Heilung kam 2mal in der ganzen Ausdehnung der Excisionswunde, 1mal blos theilweise per primam zu Stande, eine recidivirende Sklerosirung ist nicht bemerkt worden.

Die vorstehenden Beobachtungen wurden deshalb etwas ausführlicher geschildert, weil sie die einzigen sind, bei welchen im Laufe unserer Untersuchungen nach einfacher Excision das Ausbleiben der Lues mit Sicherheit constatirt werden konnte. Ihnen steht nun eine Anzahl anderer Fälle gegenüber, in denen es entweder unter unseren Augen zur constitutionellen Syphilis kam oder von welchen wir diesbezügliche Mittheilungen erhielten. Nicht wenige sind ferner anscheinend geheilt aus der Klinik ausgetreten, später nicht mehr dahin zurückgekehrt und entziehen sich so jeder weiteren Beurtheilung. Eine Ermittelung des Procentverhältnisses der Erfolge und Misserfolge wird schon aus diesem Grunde un-

möglich, hätte aber ohnehin bei der Ungleichartigkeit der Fälle nur einen höchst problematischen Werth gehabt.

Die Schanker, welche wir in den missglückten Fällen excidirten, boten ihrer Beschaffenheit nach Nichts besonderes dar; sie waren zum Theil multipel, d. h. zu zweien oder dreien neben einander sitzend und dann mehr oberflächlich, leicht indurirten Erosionen ähnelnd, zum Theil typische Sklerosen mit hartem Rand und Grund, bald mehr flächenartig ausgebreitet, bald mehr von knopfförmiger Gestalt. Die Exstirpation ist 30—65 Tage nach der Ansteckung ausgeführt worden; mehrfach war natürlich eine genauere Zeitbestimmung unmöglich.

Die zwei Fälle, in denen schon am 30. Tage operirt wurde, sind kurz folgende:

4. Fall. M. H. 23 Jahre alt, led. Kaufmann. Am 25. Mai 1879 Coitus inficiens. 8 Tage später entsteht am inneren Präputialblatt ein Bläschen, das bald aufspringt und einen kleinen, schmerzlosen Substanzverlust hinterlässt.

Am 24. Juni präsentirt sich an dieser Stelle ein nicht ganz erbsengrosses Geschwür, das von einem harten Rand umwallt ist. Die linken Inguinaldrüsen sind bohnengross geschwollen, die übrigen Drüsen frei.

Excision am nämlichen Tage. Naht. Heilung per prim.

Am 15. August 1879 tritt ein papulöser Ausschlag auf Brust, Bauch und Rücken auf, dem bald Drüsenschwellung am Hals, Heiserkeit und Schlingbeschwerden, sowie später Papeln an den Armen und Händen nachfolgten. Die Excisionsnarbe war weich geblieben.

5. Fall. Sch. C. 30 Jahre alt, led. Stuckateur. Bereits vor 7 Jahren ein Schanker mit eitrigem Bubo ohne weitere Erscheinungen. Am 23. Oct. 1879 Coitus inficiens. 14 Tage später ein Bläschen an der Vorhaut, das sich bald in ein Geschwürchen verwandelt.

Am 19. November wird an der inneren Lamelle eine 3 Cm. lange knorpelharte Induration constatirt, welche ein speckig belegtes Geschwür trägt. Ein Strang sklerosirter Gefässe verläuft bis gegen die Wurzel des Penis. In der rechten Leiste sind neben der alten Narbe 4 Drüsen von Haselnussgrösse zu fühlen.

Am 22. November 1879 ausgiebige Excision. Grund und Umgebung der Wunde werden noch durch den Paquelin'schen Thermocauter tüchtig verschorft.

Die Wunde indurirte bis zum 15. Dec. 1879 an den Rändern, schloss sich jedoch auffallend rasch, so dass Pat. bis 27. Dec. 1879 mit einer indurirten Narbe und 4 Drüsen in der Weiche (der sklerosirte Gefässstrang war völlig verschwunden) als einzigen Residuen der stattgehabten Infection entlassen werden konnte.

Gegen Ende Januar 1880 Adenitis universalis, Angina, maculöser Ausschlag, Condylomata ad anum, Schleimplaques an den Lippen. Die Induration der Narbe bestand noch.

Wie man sieht, war in beiden Fällen schon Drüsenschwellung in der Leiste vorhanden, als man zur Herausnahme des Schankers schritt.

Die letztere Beobachtung bietet ausserdem noch das Bemerkenswerthe, dass sie unter der ganzen Reihe die einzige ist, wo eine recidivirende Sklerosirung der Wunde und später auch der Narbe zur Entwicklung gelangte. In dieser Beziehung darf vor Allem der Umstand nicht unerwähnt bleiben, dass vielfach auch bei nicht syphilitischen Individuen und gerade z. B. nach plastischen Operationen am Präputium Schwellung und Infiltration der Wundränder vorkommt und sich daran dann eine hart anzufühlende Narbe anschliesst. Diese nicht specifische Entzündungs- und Narbenhärte unterscheidet sich zwar meistens leicht durch ihr mehr diffuses Auftreten und ihre straffere Consistenz von der syphilitischen Sklerosirung, vermag jedoch in manchen Fällen Zweifel über ihre Natur und prognostische Bedeutung hervorzurufen.

Das Wiedererscheinen einer wirklich specifischen Verhärtung kann sowohl die unvollständige Entfernung der erkrankten Theile zur Ursache haben, als auch manchmal durch neuerliche Infection der gesetzten Wunde mit dem Secret des excidirten Schankers bedingt sein. Die zurückgebliebenen Theile der Sklerose bilden die Centren, von denen aus sich der Process, in der nämlichen Weise wie das erste Mal vom eingeimpften Virusherde aus entwickelt. Dass es jedoch auch Fälle gibt, bei denen trotz der ausgiebigsten Entfernung alles Krankhaften und trotz nachheriger Cauterisation mit dem Glüheisen, wo also die beiden eben erörterten Möglichkeiten ausgeschlossen sind, die Wunde und Narbe verhärtet, haben wir so eben gesehen. Man muss annehmen, dass

hier die Allgemeininfection zur Zeit des Exstirpirens bereits vollendet war und der intensive Reiz eine locale Manifestation der Syphilis in Gestalt specifischer Induration hervorbrachte, wie dies die Beobachtungen Tarnowsky's [1]) und die von C. Rieger [2]) aus hiesiger Klinik veröffentlichten Versuche des Näheren gezeigt haben.

In derartigen Fällen hätte man sich natürlich auch von einer nochmaligen Excision keinerlei Erfolg versprechen können. Etwas anderes ist es, wenn es sich um eine der beiden zuerst erwähnten Formen von Recidive handelt; da ist die abermalige Excision gewiss indicirt und scheint auch von Chadzynski [3]) einmal mit Glück ausgeführt worden zu sein.

Im Uebrigen verlief die Wundheilung in den missglückten Fällen nicht anders als bei Gesunden; wenn primäre Verklebung ausblieb, so fand sich dafür in der Regel in der ungünstigen Lage des Schnittes oder Verunreinigungen des Verbandes eine genügende Erklärung. Nicht einmal im Eruptionszustand der Syphilis konnten wir einen Einfluss desselben bemerken, wie folgender Fall zeigen mag:

6. Fall. B. G. verheiratet, Kaufmann, 30 Jahre alt. Coitus inficiens in den ersten Tagen des Juli 1880. Nach wenigen Tagen ein Bläschen, das sich bald in ein Geschwür umwandelt und trotz mehrfacher Aetzungen verhärtet.

Am 13. September 1880 wird die Excision eines knopfförmigen auf dem äusseren Integument des Penis sitzenden Schankers ausgeführt, welcher bereits Schwellungen der Inguinaldrüsen beiderseits veranlasst hatte.

Am nämlichen Tage erfolgt gegen Abend unter Fieber (38,9) und allgemeinem Unwohlsein der Ausbruch eines maculösen Exanthems an Bauch und Rücken. Dieses verbreitet sich in den nächsten Tagen über den ganzen Körper, ohne dass deswegen der Heilungsverlauf gestört worden wäre.

Bis 20. September 1880 war die Narbe consolidirt und nicht die geringste Härte in derselben nachweisbar.

---

[1]) Tarnowsky, Reizung und Syphilis. Diese Vierteljsch. 1877, S. 19.

[2]) C. Rieger. Ibid. Jahrg. 1881, S. 189.

[3]) Excision prophylactique du chancre. Annales de Dermatolog. T. I. 3. 1880, p. 473.

Von einem retardirten Auftreten der Secundärsymptome ist, wo es einmal dazu kam, ebensowenig etwas bemerkt worden, als von einer Abschwächung derselben. Wer möchte überhaupt in dieser Beziehung sagen wollen, dass es ohne die Excision anders gegangen wäre, als es der Fall gewesen ist?

Was endlich noch das Verhalten des Lymphgefässapparates betrifft, so werde ich alsbald darauf zurückkommen und will nur hier so viel erwähnen, dass überall, wo neben dem Ulcus bereits Induration benachbarter Drüsen bestand, es immer zum Ausbruch constitutioneller Symptome kam.

Wenn wir nun aus dem Bisherigen das Facit für unsere Frage nach dem Verhältniss des Primäraffectes zur Syphilis als constitutioneller Erkrankung ziehen wollen, so steht die Sache folgendermassen:

In gewissen noch zu präcisirenden Fällen vermag die Entfernung der Primäraffection, d. i. des indurirten Geschwürs den Ausbruch der secundären Erscheinungen zu verhindern. Diese Thatsache, welche sich mit den Erfahrungen der meisten Beobachter auf diesem Gebiete deckt, zwingt im Vereine mit den bei Fall 1 erzielten positiven Impfresultaten zu der Annahme, dass in solchen Fällen eine syphilitische Allgemeininfection überhaupt nicht zu Stande gekommen war, das syphilitische Virus also nach seiner Einverleibung in den Organismus noch eine Zeit lang an Ort und Stelle liegen geblieben ist. Die Länge dieses Zeitraumes kann bis über 30 Tage betragen, scheint aber den bisherigen Beobachtungen nach noch zwischen ziemlich weiten Grenzen zu schwanken, wofür vorderhand in Ermanglung exacterer Gründe Differenzen in der individuellen Empfänglichkeit, in der Art der Einverleibung und vielleicht auch in der Acuität des Virus selbst verantwortlich gemacht werden müssen.

Nicht constant ist jedenfalls das Verhältniss, welches zwischen Entfaltung, Intensität u. s. w. des Primäraffectes einerseits und dem Fortschreiten des Virus im Organismus anderseits besteht.

So minim die Erosionen in den interessanten Fällen von Mauriac[1]) gewesen und so rasch sie entfernt worden sind, es

[1]) Memoire sur l'excision du chancre syphilitique. Paris 1881. Ferner Annal. de Dermatolog. T. II. 3. 1881. p. 533.

hatte doch bereits eine Progression des Giftes stattgefunden, welche zur Allgemeininfection führte, während in anderen Fällen bei knorpelhart indurirten Schankern, die tagelang bestanden, ein Fortschritt des Virus noch so wenig erfolgt war, dass mit dem örtlichen Affect alles Krankhafte hinweggenommen werden konnte.

Die Reaction des Organismus an der Impfstelle, durch welche der inficirende Schanker zu Stande kommt, kann sehr frühzeitig, intensiv und während das giftige Agens noch dort deponirt ist, sich einstellen — dann ist die Syphilis im Primäraffect localisirt und wird dessen Excision von Erfolg begleitet sein — die Reaction kann aber manchmal auch erst erscheinen, wenn das Virus weiter zu verbreiten sich anschickt oder schon sich verbreitet hat, dann ist der Schanker nur mehr Theilerscheinung eines Krankheitscomplexes, vielleicht nie etwas anderes gewesen und seine Hinwegnahme ohne Einfluss auf den ferneren Verlauf der Infection[1]). Anhaltspunkte dafür, ob man es mit dem einem oder dem anderen Fall zu thun hat, scheinen zur Zeit nicht zu bestehen und sind wir so mit unseren therapeutischen Bestrebungen, welche ja ohnehin bei der überwiegenden Mehrheit ungünstig situirter Fälle nahezu illusorisch werden, dem Spiele des Zufalles preisgegeben.

II.

Der Weg und die Zeit, welche das Virus braucht, um sich der gesammten Säftemasse des Körpers mitzutheilen, hängen aufs engste miteinander zusammen und musste deshalb auch, je nachdem man die Allgemeininfection mit dem Auftreten der Initialsklerose für vollendet ansah oder nicht, die Antwort über die Marschroute des Virus anders ausfallen.

Wer sich vorstellt, dass die Absorption des einmal deponirten Giftstoffes mehr oder weniger plötzlich geschieht und im Primäraffect bereits das erste Allgemeinsymptom zu sehen vermeint, wird ein rasches Eindringen des specifischen Agens in die Blutbahn zur These erheben müssen. Wenigstens darf er nicht den Weg durch den Lymphgefässapparat für die Resorption verantwortlich machen, er müsste denn, wie dies Auspitz[2]) treffend

[1]) Vergl. Rieger a. a. O. S. 251.

[2]) Wiener med. Presse 1879, Nr. 18, S. 574; Separatabdr. S. 13.

hervorgehoben hat, der widersinnigen Ansicht huldigen, dass das Virus zweimal durch die Drüsen hindurchgeht, das erste Mal sogleich nach der Ansteckung ohne, das zweite Mal nach dem Entstehen des Schankers mit Reactionserscheinungen.

Ganz anders gestaltet sich die Sache, wenn man vorerst an der Eintrittsstelle einen Localaffect sich ausbilden lässt, dem alsdann die Infection des Gesammtorganismus erst nachfolgt. Beide Vorgänge laufen in successiven Stadien von mehr oder minder bestimmter Dauer ab. Wegen des geringen Tumultes, den sie nach aussen machen, hat man sie Incubationsstadien benannt; besonders gilt dies von dem ersten beider Stadien, welches gerade deshalb eine sehr verschiedene Beurtheilung erfahren hat. Dass aber bei ihm diese Stille nur eine scheinbare ist und vielmehr während seiner Dauer bedeutsame, zunächst anatomische Veränderungen in Folge der Wirkung des von aussen eingedrungenen giftigen Reizes Platz greifen, das hat Auspitz[1]) meisterhaft auf Grund eigener, im Vereine mit Dr. Unna unternommener histologischer Untersuchungen geschildert und hiebei auf ein analoges Verhältniss bei der, der Syphilis in mehr als einer Beziehung nahestehenden Tuberculose hingewiesen, wo es bekanntlich Cohnheim durch ein interessantes Experiment gelungen ist, die nach Einbringung des tuberculösen Virus während der nun folgenden Incubationsperiode vor sich gehenden Wachsthumsvorgänge in sichtbarer Weise zu demonstriren.

Wir müssen der Auspitz'schen Schilderung durchwegs beistimmen und können gleich ihm in der sogenannten ersten Incubation nur den Ausdruck der Entwicklung jener localen Gewebsvorgänge erblicken, deren Ergebniss sich in dem Auftreten des syphilitischen Primäraffectes offenbart. Hiemit ist auch jenes geheimnissvolle Dunkel aufgehellt, das dieses Brutstadium früher umgab und an dem so Viele, unter ihnen auch Ricord, grossen Anstoss nahmen.

Bis hieher befinden wir uns im vollsten Einklang mit Auspitz, der aber bei der Beantwortung der nun herantretenden zweiten Frage bezüglich des Zustandekommens der Infection des Gesammtorganismus aufhört. Die Anbahnung dieser letz-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1879, Nr. 17.

teren geht zweifellos in jener weiteren Frist vor sich, die wir gemeinhin die zweite Incubation nennen, mit deren Ablauf die Syphilis in ihrer exanthematischen Form hervortritt. Gleich Auspitz suchen wir da die Antwort auf die Frage: „auf welche Art gelangt das Gift in den Stoffwechsel, in mehrere oder alle Gewebsformen des Körpers?“

Man hätte denken sollen, Jemand der, wie Auspitz[1]) den indolenten Leistenbubo als eine direct dem Primäraffect an den Genitalien entstammende Krankheitserscheinung ansieht und ihn ausserdem gleich Ricord den constanten, unausbleiblichen Begleiter desselben nennt, würde selbstverständlich auch einen Transport virulenter Substanz von der einen zur andern Stelle zuzugeben bereit sein — um so mehr als Auspitz an gleicher Stelle Zeissl als Gewährsmann citirt, der ebenfalls „den indolenten Bubo als einen Absorptionsbubo“ bezeichnet. Denn hiemit war doch der vage Begriff einer blos sympathischen Erkrankung Ein für allemal ausgeschlossen. Man fragt, warum soll der primäre Bubo, wenn er das Erzeugniss des specifischen Agens ist, dasselbe nicht auch enthalten und es nicht weiter zu verbreiten im Stande sein?

Wir kennen von den malignen Geschwülsten, wie von einigen anderen acuten und chronischen Infectionskrankheiten (Diphtheritis, Lepra, Tuberculose etc. etc.) her die Neigung der Lymphdrüsen, wie schädliche Stoffe, so auch Gifte aufzunehmen und Ablagerungsstätte für dieselben zu werden, wodurch sie dem Körper eine Zeit lang als Schutzwehr dienen, bis sie selbst insufficient werden, worauf die durchbrechenden kranken Massen ins Blut gelangen. Hiebei mögen manche Stoffe einen Theil ihrer schädlichen Eigenschaften verlieren, häufiger wohl hängt hiemit eine Vermehrung der virulenten Substanz und hiemit die Weiterverbreitung des Uebels zusammen. „Jede Localisation wirkt also zunächst kritisch und depuratorisch, sie kann aber auch selbst wieder infectiös werden“ (Virchow).

So mag denn auch der indolente Absorptionsbubo in der Weiche dem durch die Lymphbahnen vordringenden Gifte als Lagerstätte dienen; eine Umwandlung oder Vernichtung desselben scheint

[1]) Die Bubonen der Leistengegend. Separatabdr. S. 21.

hierbei nicht stattzufinden, denn dagegen spricht die charakteristische, fast pathognomonische Bedeutung besitzende Sklerose mehr oder minder des ganzen Drüsenpackets, was eher auf eine Vermehrung des Giftstoffes hindeutet und in der That dürfte der primäre Bubo in gewissen Zeiten bei rascher Heilung des Primäraffectes den alleinigen Herd des Giftes im Körper darstellen, ohne dabei seine locale Bedeutung zu verlieren. Hieraus würde nun folgen, dass — abgesehen von der gewöhnlich nicht genügend gewürdigten regionären Verbreitung der Krankheit (vom Primäraffect aus) durch continuirliche Infection der Nachbarschaft[1]) — der Uebergang des Giftes in die Säftemasse durch die geschwollenen inguinalen Drüsen und somit durch das Lymphgefässsystem vermittelt werde, eine Ansicht, die wir für die allein richtige halten, die aber nach Auspitz wenig Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Seine Gründe sind namentlich dreierlei Art[2]):

1. Der auf der Dorsalfläche des Gliedes verlaufende Gefässstrang, den man als tastbaren Ausdruck für die Lymphdrüsenhypothese ansehe und als „Lymphstrang" bezeichne, sei kein Lymphstrang, sondern eine Bindegewebsinduration um ein Gefässbündel.

2. Die bei syphilitischen Genitalaffecten allerdings ziemlich constante Leistendrüsenschwellung lasse sich nicht weiter als bis zur nächst höheren Drüsenanhäufung hinter dem Poupart'schen Bande verfolgen; die successive, continuirliche Drüsenerkrankung von einem Packet zum andern sei also eine Fabel. Auspitz führt hiebei als Beweisstücke die bekannten drei Präparate von Fournier im Musée de Lourcine an.

3. Die, im ganzen seltene, allgemeine Drüsenschwellung bei Syphilis sei der Ausdruck der schon stattgefundenen Blutinfection und somit wesentlich anderen Ursprungs als der dem Primäraffect zugehörige Bubo.

Ausserdem, bemerkt Auspitz[3]), sei, wie Experimente lehrten,

---

[1]) Sehr naturgetreu beschrieb v. Sigmund diesen Vorgang (Wiener med. Wochenschr. 1860, Nr. 14) vor seinem Uebertritt zur Dualitätslehre.

[2]) Excision der Hunter'schen Induration. Wiener med. Presse 1879, Nr. 18; Separatabdr. S. 15.

[3]) Bubonen in der Leistengegend. Separatabdr. S. 26.

eine Ueberimpfung der Syphilis von indolenten Drüsen aus bisher nicht constatirt worden.

Was den ersten Einwurf betrifft, so wollen wir gegen das Resultat der Auspitz'schen Untersuchung des ohnehin selten zur Beobachtung kommenden Lymphstranges durchaus keine Einsprache erheben. Seinen zweiten Einwurf anlangend, geben wir gleichfalls zu, dass eine regelmässige, ununterbrochene Aufeinanderfolge der Lymphdrüsenschwellung von der Leiste aus bis zu dem Uebergang der Lymphe ins Blut noch nicht nachgewiesen worden ist. Dies ist aber auch durchaus nicht nöthig. Auch uns fällt es nicht ein, periphere Drüsenschwellungen an entfernten Orten bei Syphilis als die mehr oder minder directen Abkömmlinge der zuerst ergriffenen Leistenbubonen aufzufassen, sondern wir betrachten dieselben gleich Auspitz als örtlich begründete Folgezustände einer in der Nachbarschaft stattfindenden syphilitischen Localerkrankung — somit also auch als Absorptionsbubonen zweiter Ordnung, die als solche gleichfalls die Rolle von Depositorien des Giftes übernehmen können und zwar ganz im Sinne Virchow's[1]). Wie der Schanker, so kann auch die Läsion der Haut oder Schleimhaut heilen, der Drüsentumor aber zurückbleiben und durch zeitweise in ihm auftauchende Zellenwucherung zum Gelegenheitsreiz für die Bildung neuer Localherde und so von Recidiven der Krankheit werden.

Dagegen müssen wir bezüglich der Deutung der drei Präparate von Fournier uns auf Diesen selbst berufen. Fournier[2]) sieht in diesen pléiades iliaques, welche die pléiades inguinales begleiten, gerade das Gegentheil von dem, was Auspitz in ihnen zu finden glaubt. Er erblickt in ihnen geradezu einen Stützpunkt für die Ansicht, dass die Irradiation des Giftes innerhalb der Oekonomie auf dem Wege der Lymphbahn erfolge und obschon bei seinen drei Präparaten die Wirkung des Giftes sich nicht über die Iliacaldrüsen hinaus erstreckt, stellt er sich doch die Frage, bis wie weithin sich wohl diese Ausstrahlung des Giftes über das lymphatische System unter Umständen fortsetzen könne? Ob viel-

[1]) Natur der constitut. syphilit. Affectionen. Virch. Archiv Bd. XV. S. 333.

[2]) Syphilis chez la femme. I. Edit. 1873 p. 217; II. Edit. 1881 p. 167.

leicht nach den Beckendrüsen auch noch die Geflechte der Lendendrüsen befallen würden und nach diesen vielleicht noch andere?

Doch angenommen, diese drei Präparate von Fournier seien wirklich für alle Fälle massgebend und der Einfluss des von den Lymphdrüsen der Leiste her nach aufwärts strömenden Giftes schliesse mit den Lymphganglien an den Iliacalgefässen ab. Ist die Strecke, die es hiebei durchläuft, vielleicht keine Lymphbahn? Und wenn von da ab die Invasion in die Säftemasse erfolgt und das Virus in die Circulation gelangt, so wird es denn doch nur auf eine gewisse Zeit hin in dieser verweilen, um je nach seiner Prädilection zu gewissen Organen und Geweben an irgend einer Stelle aus dem Blute wieder ausgeschieden zu werden. So bilden sich hier und dort Herderkrankungen — ein Vorgang, der gerade für die syphilitische Dyskrasie so charakteristisch ist. Das Blut wird auf diese Weise das Gift wieder los, so dass es nie zu einer selbstständig fortbestehenden, d. i. permanenten Dyskrasie kommt [1]). Die auf diese Weise zu Stande kommenden Local-Läsionen aber auf der Haut-, Schleimhaut- oder Knochenfläche u. s. w. rufen durch Vermittlung der Lymphgefässe Reizungen in den benachbarten Lymphdrüsen hervor, woraus die sogenannten secundären Bubonen hervorgehen.

Die Lymphdrüsen werden aber auch noch direct vom Blute aus durch das in diesen kreisende Gift in Mitleidenschaft versetzt, wodurch es zu jener, zunächst von Sigmund so sehr betonten, indolenten Anschwellung mehr oder minder des gesammten Lymphdrüsensystemes kommt — eine im Ganzen seltene und zunächst den späteren Stadien der Lues angehörige Erscheinung. Es sind dies jene Bubonen, die Virchow die metastatischen und Auspitz die Infectionsbubonen nennt [2]).

[1]) Vergl. Virchow, Theorie der Dyskrasien. Cellular-Pathologie 1871 S. 270 u. 164.

[2]) Eine weitere — 4. Form von Drüsenschwellung, wo das syphilitische Agens auf eine bereits präexistirende Reizung des Lymphgefässsystems trifft, deren Grund auf anderen vorausgegangenen constitutionellen Vorgängen beruht und woraus sich dann die sog. syphilitische Leukocytose entwickelt — gehört nicht hierher. Auspitz hat in seinem mehrfach erwähnten Artikel „über die Bubonen der Leistengegend" auch dieser Form die richtige Stellung angewiesen und überhaupt mit jener Arbeit in dies verwickelte Capitel zum erstenmal Klarheit gebracht.

All' diese Drüsentumoren können auf solche Weise zu Depôts des Giftes werden und solcher Weise Veranlassung zur Recidive der Krankheit geben. Gerade diese ihnen innewohnende Möglichkeit, Giftherde zu werden, ist es, was sie untereinander verbindet, während ihre eigentliche Genese in mehr als einer Beziehung abweichender Art ist.

Hiemit wäre denn auch der dritte Einwurf von Auspitz gegen die Lymphgefässtheorie erledigt und es erübrigt nur noch das von ihm behauptete negative Resultat bezüglich einer Ueberimpfung der Syphilis von indolenten Drüsen aus einer Besprechung zu unterziehen. Es ist uns nicht klar, welche Expeperimente Auspitz hiebei im Auge hat. Sollten etwa die von Michaelis [1]) ausgeführten Impfversuche gemeint sein, so muss in dieser Beziehung bemerkt werden, dass Michaelis bei denselben von einer ganz richtigen Voraussetzung ausging, wenn er die Lymphdrüsengeschwulst als ein Analogon der Schankerinduration betrachtete. Indem er aber mit dem durch Aetzung aus der verhärteten Drüsensubstanz gewonnenen Detritus auf die bereits constitutionell erkrankten Träger selbst impfte, konnte er begreiflicher Weise nichts anderes, als weiche Schanker resp. Chancroide erhalten — immerhin ein Ergebniss, was nicht ohne Interesse ist.

Auspitz sieht eine solche Betheiligung der Lymphdrüsen, wie wir sie hier beschrieben, sowohl für die Einleitung wie für den weiteren Verlauf des syphilitischen Processes als überflüssig an und hält es für das Einfachste, einen directen Uebergang des syphilitischen Agens von der Infectionsstelle aus durch die Venen in das Blut, wie durch die Lymphgefässe in den Lymphstrom anzunehmen. Nebenbei aber legt er ein grosses Gewicht auf die von ihm im Verein mit Unna aufgefundene Veränderung an den Blutgefässen, die in Form der Infiltration und Sklerosirung an den Adventitien beginnend, später aber auch die Intima ergreifend, im weiteren Verlaufe der Induration ein Fortschreiten der Infection sowohl längs der Gefässe als auch innerhalb derselben an den mit dem Blute in unmittelbarer Berührung stehenden inneren Zellenlagen der Wand hervorrufe, was

[1]) Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte. Wien 1856, S. 416. Auspitz, Lehre v. syphilit. Contagium S. 307.

auf eine directe Aufnahme des Virus in das Blut an und in der Nähe der Initialsklerose durch Vermittlung der Blutgefässe (kleinste Arterien- und Venen, Capillaren?) schliessen lasse.

Es ist immerhin wahrscheinlich, dass die erwähnte Alteration an den Blutgefässen für die Verbreitung des syphilitischen Processes in der Nachbarschaft des Primäraffects von Einfluss ist; ob aber eine solche Endophlebitis obliterans für die Aufnahme des Virus in die Circulation von Bedeutung sei, möchten wir vor der Hand noch dahingestellt sein lassen, wie wir denn überhaupt glauben, dass so lange wir über die eigentliche Natur des giftigen Agens nichts Näheres wissen und dasselbe nicht mit dem Mikroskope zu verfolgen im Stande sind, darauf verzichtet werden müsse, aus den angeführten Befunden, welche übrigens nach Auspitz's eigener Meinung nicht als specifisch anzusehen sind, Schlüsse nach der einen oder anderen Richtung zu ziehen. Beim Erysipel schien das Mikroskop lange die Hauptveränderung am Blutgefäss-Bindegewebs-Apparat zu zeigen, bis man dann an gefärbten Präparaten die Micrococcusketten in den Lymphcapillaren und hiemit den Kern der Sache entdeckte.

Nach den neuesten Untersuchungen über die Lepra scheint auch für diese, der Syphilis so nahestehende Krankheit Dasselbe zu gelten. Schon Armauer Hansen hat auf die frühzeitige lepröse Entartung der Drüsen hingewiesen und Neisser (Virch. Arch. Bd. 84, S. 541) glaubt die Lymphganglien als die Depositorien für die Leprabacillen ansehen zu können. Der jüngste Forscher auf diesem Gebiete, Köbner (ibid. Bd. 88, S. 304) fühlt sich zu der Erklärung gedrungen, dass er nach Allem, was er anatomisch und klinisch in der Lepra gesehen, in dem Lymphgefässsystem die hauptsächlichste Strombahn für die Verbreitung der Bacillen erblicke. So scheint denn in der That für die drei bereits sonst schon viel Analoges besitzenden chronischen Infectionskrankheiten — Syphilis, Tuberculose und Lepra — die Beziehung zum Lymphgefässsystem eine weitere gemeinsame Eigenschaft zu bilden.

Entsprechend seiner Ansicht von der Nichtinfectiosität der Bubonen des Primäraffects konnte Auspitz auch in ihrem Bestehen keine Contraindication für die Hinwegnahme der Sklerose erblicken. Auch scheinen die Erfolge seiner Excisionsversuche geradezu eine weitere Bestätigung der von ihm in diesem Betreff

gehegten Anschauungsweise zu enthalten, indem in vielen seiner Fälle trotz der bereits vorhandenen Drüsenaffection später die constitutionellen Symptome ausblieben. Die Induration der Ganglien bestand oft noch längere Zeit fort, um später allmälig zu verschwinden. Wir werden weiter unten eine Erklärung dieser mit unseren Erfahrungen im Widerspruch stehenden Erscheinung zu geben versuchen.

Auch in dem Berichte Th. Kölliker's [1]) aus hiesiger Klinik findet sich die These, dass bereits in Entwicklung begriffene Skleradenitis den Erfolg der Excision nicht von vornherein ausschliesse. Desgleichen hat Chadzynski [2]), so viel sich aus seiner Tabelle entziffern lässt, in einigen Fällen trotz vorhandener Adenitis die Syphilis wegbleiben sehen; er vermuthet es da mit einer blos sympathischen (?) Drüsenaffection zu thun gehabt zu haben. Aehnliche Beobachtungen finden sich ferner noch bei Folinea [3]), der jedoch auf der anderen Seite wieder erwähnt, dass bei gleichzeitiger Polyadenitis inguinal. die Allgemeininfection leichter eintrete.

Entgegen diesen Ergebnissen gibt Pick [4]) an, in keinem der Fälle, wo der benachbarte Lymphapparat afficirt war, ein günstiges Resultat erzielt zu haben. Ebenso sind in der Arbeit von Spillmann [5]) alle bereits mit primären Bubonen im Momente der Excision behafteten Patienten später constitutionell syphilitisch geworden. Uns ist es, wie bereits erwähnt, nicht viel anders ergangen.

Für das künftige Schicksal der Schankerexcision schien uns unter so bewandten Umständen eine vollkommene Klarlegung des Verhältnisses des primären indolenten Leistenbubo's — jenes constanten Begleiters der Hunter'schen Induration — zum Ausbruch der constitutionellen Lues ein sehr belangreiches Desiderat zu sein. Seit wir diesem Momente unsere Aufmerksamkeit zuwendeten, ist die Bedeutung desselben für den Erfolg der Operation in unseren Augen fortwährend gewachsen und da weitaus die Mehrzahl der

[1]) a. a. O. S. 803.
[2]) a. a. O. S. 472.
[3]) Diese Vierteljahrschr. 1879, S. 637.
[4]) Archiv f. experiment. Pathologie u. Ther. Bd. X. 1879, S. 219.
[5]) Annal. de Dermatol. etc. 1882. T. 3. p. 164.

mit einer Schankersklerose sich präsentirenden Patienten bereits mit einer Schwellung der Leistendrüsen behaftet ist, so lag es nahe genug, nach einem Kriterium zur Entscheidung der Frage Umschau zu halten: ob in den beim Auftauchen der Hunter'schen Induration oder bald nachher indolent schwellenden Leistendrüsen syphilitisches Gift enthalten sei oder nicht? — Fiel die Beantwortung bejahend aus, so konnte kein Zweifel darüber sein, dass die Entfernung sämmtlicher verdächtigen Drüsen gleichzeitig mit der Sklerose angezeigt war.

Die Entscheidung konnte nur auf dem Wege des Experiments gefunden werden und entschloss sich Geh. Rath v. Rinecker zu einem solchen in Anbetracht der Wichtigkeit der Frage, um die es sich handelte, um so eher, als ihn seine Erfahrungen aus früherer Zeit gelehrt hatten, dass eine durch Impfversuche hervorgerufene syphilitische Erkrankung, wenn gehörig überwacht und zeitig bekämpft, leicht und sicher zu heilen sei, wie denn für Geh. Rath v. R. die Thatsache feststeht, dass solche leichte und frische Fälle von Secundärsyphilis bei sonst gut constituirten Individuen radical und bleibend beseitigt werden können ohne Recidive und sonstige Nachwehen, und dass die früher in dieser Beziehung gehegten Bedenken imaginärer Natur seien. Der nun zu referirende, vor anderthalb Jahren angestellte Impfversuch verlief denn auch ohne irgend welche nachtheilige Folgen.

Experiment.

Es wurden einem Patienten, bei welchem die syphilitische Natur einer Sklerose durch Ausbruch eines maculösen Exanthems sicher gestellt war, zwei im directen Anschluss an den Primäraffect (in der 4. Woche nach der Infection) aufgetretene Leistendrüsen exstirpirt, dieselben von allem fremden Gewebe scrupulös gereinigt, mit einem Scalpell der Länge nach gespalten und mit dem sich darbietenden milchig aussehenden Lymphserum auf einen Nichtsyphilitischen folgende Impfungen gemacht: je zwei Impfstiche an beiden Oberarmen, 20 Ctm. von einander entfernt.

Am 7. Tage nach der Impfung sind sämmtliche Impfstellen, ausgenommen eine des rechten Oberarmes, von der nichts mehr zu sehen ist und die auch weiterhin steril bleibt, durch nadelspitzgrosse

rothe Pünktchen markirt und noch eben erkennbar. Diese Pünktchen entwickeln sich innerhalb weiterer 5 Tage zu stecknadelkopfgrossen, leicht erhabenen Flecken und erreichen, sich rasch vergrössernd, bis zum 18. Tag nach der Impfung annähernd die Ausdehnung eines Kreuzer-Stückes. Die Oberfläche wird durch eine bräunliche Kruste gebildet, welche nach ihrer Entfernung ein seichtes Geschwürchen zurücklässt. Eine fernere Vergrösserung der Ulcera findet nicht statt, wogegen sich nach weiteren 10 Tagen eine Infiltration der Basis und leichte Erhebung des Randes einstellt, welcher von einem rothen Hof umgeben ist. Zu derselben Zeit konnten bereits in beiden Achselhöhlen einzelne geschwellte und empfindliche Drüsenkörper constatirt werden.

Die eine periphere Impfstelle des linken Armes zeigt einen bedeutend retardirten Ablauf der eben geschilderten Vorgänge und erreicht erst eine Woche später die Phase der übrigen Geschwüre.

Bis zum 43. Tag nach der Impfung hat sich sowohl die Sklerosirung der Basis und der Ränder deutlicher entwickelt, als auch der rothe Hof um diese bedeutend zugenommen. Seine periphere Begrenzung ist vielfach ausgezackt und von einer Reihe kleiner Papeln umgeben. Bis zum 52. Tage erfolgte unter leichten Fiebererscheinungen der Ausbruch eines maculopapulösen Syphilids. Die Flecken erschienen besonders um die Impfstelle herum dichtgedrängt und wurden hier theilweise zu schuppenden Papeln. Wenige Tage nachher war an sämmtlichen der Betastung zugänglichen Drüsengruppen der oberen Körperhälfte eine multiple Schwellung bemerkbar, während an der unteren Körperhälfte, in specie in der Leiste eine solche in keiner Weise gefühlt werden konnte.

Die vorstehende Beobachtung zeigt, dass in den primären Bubonen das syphilitische Virus in einer Modification reproducirt wird, welche zur Weiterimpfung auf Gesunde sehr wohl geeignet ist. Wenn man, um den engen Zusammenhang zwischen einfachem Schanker und suppurativem Bubo, sowie dessen Virulenz zu betonen, von einem Drüsenschanker gesprochen hat, so möchte ich diese Bezeichnung auch für den primären Bubo des inficirenden Schankers beanspruchen, und ihn geradezu als den „Alter ego“ des letzteren erklären, wie ja der suppurirende Bubo des weichen Schankers diesem gegenüber schon längst diese Geltung hat. Die

Wichtigkeit dieser Thatsache für die Excisionsfrage erhellt ohne Weiteres. Bei der Hinwegnahme eines indurirten Schankers, welcher bereits von Bubonen begleitet ist, bleibt im Körper ein Herd virulenten Stoffes zurück, gross genug, um tausend neue Infectionen zu bewirken. Möglich — die citirten Fälle scheinen dafür zu sprechen — dass in der Drüse eine Art Einkapselung des Virus, wie sie ja auch anderweitig beobachtet ist, statt hat; die Gefahr bleibt immer, dass das Virus gelegentlich aufgerüttelt und den Säften wieder beigemischt wird, um dann plötzlich wieder Symptome des alten Leidens hervorzurufen, ähnlich wie ein Käseherd, der jahrelang ruhig gelegen, doch einmal allgemeine Tuberculose zu bewirken vermag.

Ein um die Excisionsfrage hochverdienter Chirurg, Prof. Paul Vogt, hat schon vor längerer Zeit eine der unseren gleichlautende Ansicht ausgesprochen und behufs ihrer praktischen Durchführung ein gleiches Verfahren empfohlen, das bereits günstige Erfolge geliefert haben soll[1]).

Einmal über den thatsächlich virulenten Charakter der primären Bubonen im Klaren, mussten wir das bisher geübte Excisionsverfahren der Mehrzahl der Fälle gegenüber für unzulänglich halten und schien es uns nicht mehr zweifelhaft, dass ein grosser Theil der Misserfolge auf Rechnung der in den Drüsen zurückgelassenen Giftherde gebracht werden müsse. Auf der anderen Seite aber wiederum überzeugt, dass die primäre Adenitis nichts weiter als eine locale Metastase des Primäraffectes darstelle, lag es für uns nahe genug, den Versuch zu machen, durch

[1]) Berliner klin. Wochensch. 1871, S. 455. Ich erlaube mir folgende Stelle wörtlich zu citiren: „Wir sind sicherlich berechtigt, auch bei der Syphilis anzunehmen, dass bei der Resorption des Virus — gerade hier, wo wir so häufig etappenweises Vorgehen bemerken — auf dem Verbreitungswege gewisse Depôts etablirt werden, von denen aus temporäre Nachschübe der Infection stattfinden können. Solche Depôts haben wir aber vorzüglich im Verlauf der Lymphgefässe zu suchen und an den Sammelstellen, den Lymphdrüsen, so dass wir a priori durch Entfernung dieser Ablagerungsstellen nicht nur den Gesammtverlauf abkürzen, sondern auch der neuen etwaigen Invasion des Virus aus den localen Herden vorbeugen; daher auch die anderweitig (von wem?) wiederholt ausgeführten Exstirpationen indolenter Bubonen durchaus von günstigem Erfolge in dieser Hinsicht begleitet waren".

gleichzeitige Exstirpation des Schankers und der Drüsen bessere Erfolge zu erzielen.

Die Herausnahme der Drüsen geschah vor der des Schankers und gestaltete sich durchgehends höchst einfach; die indurirten Drüsen lassen sich mit grosser Leichtigkeit mitsammt ihrer Kapsel aus dem umgebenden laxen Bindegewebe stumpf auslösen, ohne dass irgend eine erhebliche Blutung auftritt. In die zurückbleibende oft ganz ansehnliche Höhle wurde ein dünnes Drainrohr eingelegt und dieselbe sodann mit tiefen Nähten darüber geschlossen. Unter antiseptischem Druckverband kam in der Mehrzahl der Fälle primäre Heilung zu Stande.

Die Anzahl der herausgenommenen Drüsenkörper schwankte zwischen 3 und 4 bei einseitiger, 5—8 bei doppelseitiger Adenitis; von einer panganglionären Leistendrüsenschwellung, wie sie von Auspitz[1]) für den syphilitischen Primäraffect als pathognomonisch hingestellt wird, konnten wir uns dabei nicht überzeugen, obwohl eine solche, nachdem das betreffende Gebiet freigelegt war, uns nicht hätte entgehen können. Lässt sich eine solche auch in vielen Fällen durch die Palpation nachweisen, so kömmt sie doch wohl erst im späteren Verlaufe zu Stande. In den missglückten Fällen kam es allerdings nach wenigen Wochen zu einer weiteren Induration der zurückgelassenen Drüsenkörper, welche jedoch wiederum nur eine beschränkte war. In einem Falle konnte man besonders deutlich verfolgen, wie mit der Allgemeininfection neben den grösseren, mehr prall elastischen primären Bubonen die kleineren und härteren Drüsentumoren der secundären Adenitis zum Vorschein kamen.

Es folgt nunmehr ein kurzer Auszug aus den Krankheitsprotokollen der Fälle, in welchen Schanker sammt Drüsen exstirpirt wurden.

Fall I. W. N. 20 Jahre alt. Eingetreten am 21. Februar 1881. An der Innenfläche der Vorhaut, 1 Ctm. vom Sulc. coron. entfernt eine bohnengrosse Sklerose mit ulcerirender Oberfläche, daneben besteht eine Urethritis mit heftigen Entzündungserscheinungen. In beiden Inguinalgegenden sind die Ganglien der Gruppen A. und B. (Schema von Auspitz) bis zu Taubeneigrösse geschwollen, vollständig indolent.

[1]) Die Bubonen der Leistengegend. Separatabdr. S. 18 u. 19.

Aus der Anamnese erhellt, dass Pat. in der 1. Woche des Januars sich inficirt hat. Mitte Februar wurde zuert eine nässende Stelle in der Eichelfurche wahrgenommen.

Am 23. Februar wird zuerst die Exstirpation der geschwollenen Leistendrüsen beiderseits vorgenommen, worauf die Excision des Schankers folgt. Sowohl die Wunden in der Leiste als am Penis kommen zu primärer Heilung. Am 8. März 1881 zeigen die beiden Narben in der Leiste eine entzündliche Schwellung; es kommt daselbst alsbald zur Entwicklung zweier fluctuirender Tumoren, deren Punction ein gelbliches sehr rasch gerinnendes Serum gemischt mit leichten Eiterflocken entleert und eine rasche Heilung der Höhlen herbeiführt. Von einer recidivirenden Sklerosirung der Narben kann nichts bemerkt werden, dagegen entsteht am 10. April 1881 an der rechten Seite der Eichel eine linsengrosse geröthete Stelle, welche sich rasch zu einer Papel ausbildet. Dieselbe geht jedoch unter leichter Abschuppung ebenso geschwind als sie gekommen, wieder zurück und wird Pat. auf sein dringendes Verlangen ohne alle verdächtigen Zeichen am 25. April entlassen.

Am 27. Mai 1881 trat Pat. in das Nürnberger Krankenhaus ein mit mehrfachen Geschwüren auf der Eichel und am Präputium, die den Eindruck ulcerirender Papeln machten, desgleichen bestanden zwischen den Zehen erbsengrosse Ulcera. Neben den Narben in der Inguinalgegend war nun eine multiple Adenitis zu fühlen, desgleichen eine Schwellung der Cubital- und Cervicaldrüsen.

Fall II. K. V. 25 Jahre alt. Eingetreten 27 Mai 1881. An der inneren Seite der Vorhaut bis in die Nähe der Corona glandis reichend sitzt ein 1 Ctm. breites Ulcus durum, das die Hälfte der Eichel ringförmig umfasst. In der rechten Leiste eine, in der linken zwei stark geschwollene, leicht bewegliche Drüsen, Symptome allgemeiner Lues sind nicht vorhanden. Der Coitus inficiens hat am 9. April stattgefunden und Pat. eine Woche später in der Eichel heftiges Jucken verspürt und daselbst 2 linsengrosse Geschwürchen wahrgenommen. Die Sache wurde ganz allmählich schlimmer, seit 14 Tagen sind die Geschwülste in der Leiste aufgetreten.

Am 28. Mai wird die Excision der geschwellten Leistendrüsen und des Schankers vorgenommen; bereits 3 Tage darnach bemerkt man beim Verbandwechsel eine Roseola specifica in der Bauch- und Lendengegend, welche sich von da aus bald über den Stamm und die Ex-

tremitäten ausbreitet. Es folgt eine Schwellung von Cervical- und Cubitaldrüsen beiderseits. Uebler Einfluss auf die Wundheilung wurde nicht beobachtet; die Inguinalwunden heilen per primam mit linienförmigen, ganz weichen Narben; am Penis kommt es nur theilweise zu sofortiger Verklebung, die definitive Narbe bleibt ebenfalls weich.

Während die Roseola sich verfärbte und abblasste, nimmt die Affection des Lymphgefässsystems derartig zu, dass bis 15. Juni 1881 sämmtliche oberflächlich gelegene Drüsengruppen des Körpers dem Gesicht und Gefühl zugänglich sind. Zu beiden Seiten der Narben ist eine grosse Zahl bohnengrosser Ganglien zu fühlen.

Mit dieser Adenitis universalis als einzigem Zeichen seiner Syphilis wird Pat. am 30. Juni entlassen, um nach 3 Monaten mit einem weitverbreiteten papulösen Syphilid, Condylomen am Scrotum und Anus, zwischen den Zehen und Plaques an der Zunge zurückzukehren.

Fall III. P. S. ledig, Kaufmann, 34 Jahre alt. Eingetreten am 7. Juni 1881. Auf der rechten Seite der durch Beschneidung decimirten Vorhaut, mit einem kleinen Theil noch auf die Eichel übergreifend, sitzt ein bohnengrosses Ulcus, welches mit einer dünnen Schicht festhaftenden Eiters bedeckt ist, keinerlei Schmerzen verursacht, und dessen Rand und Basis deutlich sklerosirt sind. In der rechten Weiche wird eine haselnussgrosse und eine kleinere, leicht unter der Haut verschiebbare Drüse constatirt, sonst bestehen keinerlei Zeichen allgemeiner Lues.

Der Kranke gibt als Tag der Infection mit Bestimmtheit den 22. April 1881 an. Etwa 4 Wochen danach zeigten sich an der Stelle des jetzigen Geschwürs 2 Bläschen, welche, nicht näher beachtet, sich allmälig vergrössern und zusammenfliessen. Bezüglich früherer Geschlechtskrankheiten inquirirt, gesteht Pat. zu, bereits vor 5 Jahren ein Mal einen Schanker gehabt zu haben, der auf rein äusserliche Behandlung nach einigen Wochen heilte und von keinen weiteren Erscheinungen gefolgt war. (Die Narbe ist noch am Penis sichtbar.)

Am 7. Juni 1881 wird die Excision der Drüsen in der rechten Weiche vorgenommen, wobei der Bruchsack einer kleinen Inguinalhernie, bisher unbemerkbar geblieben, einige Schwierigkeiten veranlasste, und sodann das Ulcus exstirpirt. Die Inguinalwunde heilt p. prim., während am Penis nur soweit eine primäre Verklebung zu Stande kommt, als der Schnitt nicht im Gewebe der Glans liegt; dieser

Theil bedeckt sich nur sehr langsam mit Granulationen und heilt mit einer strahlenförmig eingezogenen Narbe, welche ganz weich bleibt, aber dem von der Beschneidung herrührenden Defect der Vorhaut noch einen solchen der Glans hinzufügt.

Pat., welcher seit seiner Entlassung aus directer Beobachtung alle 3 Wochen zur Untersuchung sich stellt, hat bis jetzt (Mai 1882) keine Zeichen allgemein gewordener Lues dargeboten. Die Narben sind vollständig weich geblieben, von Drüsenschwellung ist nirgends Etwas zu fühlen. Eine im August aufgetretene einfache Amygdalitis kam ohne weitere Folgeerscheinungen auf Alaungargarismen zur Heilung.

Fall IV. F. K. 22 Jahre alt, stud. med., Eintritt am 21. Juni 1881. An der inneren Lamelle des Präputiums präsentiren sich 3 etwa bohnengrosse Geschwüre, deren Grund mit einem dünnen Eiter überzogen ist und sich deutlich hart anfühlt. Zwischen diesen etwas tiefer greifenden Geschwüren sitzen noch 2 oberflächliche Substanzverluste von einem Entzündungssaume umgeben; an der Wurzel des Penis endlich bemerkt man ein ovales Geschwür von 2·5 Ctm. Länge, eitrig belegt und hart wie die zuerstgenannten. In beiden Inguinalgegenden sind indolente Bubonen zu fühlen, man unterscheidet rechts 2 bohnengrosse, links 2 taubeneigrosse Drüsen.

Aus der Anamnese erhellt, dass Pat. seit mehreren Wochen (bis zum 28. Mai 1881) mit einer Puella public. Umgang hatte, welche, wie eine nachträgliche Confrontation ergab, mit nässenden Condylomen des Introitus vaginae behaftet war. Am 10. Juni waren zuerst an der Stelle des Geschwürs auf der Peniswurzel zwei nässende Hautabschürfungen bemerkt worden, auf die am 14. Juni 3 Erosionen am Präputium folgten. Daraufhin liess Pat. am 15. Juni eine Verätzung der verdächtigen Stellen mit Ricord'scher Schwefelsäurepasta vornehmen; die Schorfe stiessen sich in 5 Tagen ab, die Basis der Wunde war härter als zuvor, auch waren in der Zwischenzeit unter leichter Empfindlichkeit der Leistengegend die Bubonen entstanden.

Am 21. Juni 1881 wird zuerst die Herausnahme der geschwollenen Drüsenkörper und sodann eine ziemlich ausgiebige Circumcision vorgenommen, in deren Bereich sämmtliche Geschwüre und Erosionen des Präputiums fallen. Die Excision des Schankers an der Peniswurzel bildet den Schluss. Die Wunden in der Inguinalgegend und am Präputium heilen per primam; am Scrotum ist in Folge beständiger Verunreinigung keine primäre Verklebung zu Stande gekommen.

Bis zum 7. Juli haben sich neben der Circumcisionsnarbe abermals zwei linsengrosse, infiltrirte und leicht excoriirte Knötchen gebildet, welche sofort wieder ausgiebig excidirt werden.

Narbeninduration ist nirgends zu constatiren, an der Präputialfalte haben sich in Folge der abermaligen Excision mehrere Divertikel gebildet, in welchen sich leicht Sebum ansammelt und die ein leichtes Jucken verursachen.

In den ersten Tagen des August erfolgt unter allgemeinem Unwohlsein, Kopfschmerz und Schlafsucht eine multiloculäre Schwellung der Nackendrüsen, erst rechts dann links, weiterhin der Cubitaldrüsen, sodann der Ausbruch eines maculösen Syphilides; nach 14 Tagen haben sich am Penis und Scrotum eine Menge nässender Papeln entwickelt und in ihrem Gefolge in der Inguinalgegend, zu beiden Seiten der alten Exstirpationsnarbe eine multiganglionäre Schwellung. Eine Injectionskur beseitigte sämmtliche Hautsymptome ohne dabei merklichen Einfluss auf die allgemeine Adenitis auszuüben.

Fall V. Sp. M. 17 Jahre alt, Dienstmagd. Eintritt 25. Juni 1881. Links auf der Schleimhaut des Scheideneinganges mit einem kleinen Theil noch auf die Lab. min. übergreifend sitzt ein oberflächliches Geschwür, glänzend roth und beim Anfühlen deutlich hart. Mehr nach oben zu befindet sich an derselben Labie ein zweites, linsengross und knorpelhart. Der Introitus vaginae ist etwas entzündlich geröthet, das Hymen noch vollständig erhalten. Aus der Urethra entleert sich in beträchtlicher Menge ein grünlicher Eiter, welcher den Neisser'schen Micrococcus zahlreich enthält. In der linken Weiche fühlt man eine taubeneigrosse und im Zusammenhang damit eine kleinere Drüse, beide leicht verschiebbar und schmerzlos.

Pat. war früher noch nie venerisch krank; hat den Coitus blos 2 Mal Mitte Mai ausgeübt; 14 Tage danach traten brennende Schmerzen beim Uriniren und eitriger Ausfluss auf, was die Kranke veranlasste, ärztliche Hilfe zu suchen. Am 27. Juni 1881 wird die Ausschälung der geschwollenen Leistendrüsen vorgenommen und im Anschluss hieran die beiden Schanker ausgiebig excidirt. Die Heilung sämmtlicher Wunden erfolgt per prim. und mit lineären Narben; dieselben bleiben ohne alle Härte und sind nach einigen Wochen kaum mehr sichtbar.

Pat., welche Ende Juli aus der continuirlichen Beobachtung ohne das geringste Zeichen eines Secundärsyphilides entlassen wurde, ist auch bisher vollständig gesund geblieben.

Fall VI. K. K. 25 Jahre alt, Glasergeselle. Eintritt am 20. August 1881. Links am inneren Vorhautblatt, bis nahe an den Rand der Eichel reichend, sitzt ein 1·5 Ctm. grosses Geschwür, dessen Oberfläche grau belegt ist und dessen Ränder erhaben und stark indurirt sind. Auf der nämlichen Seite des Präputiums mehr gegen das Frenulum zu folgt ein zweites Geschwür, etwas kleiner als das vorige, im Uebrigen aber von ähnlicher Beschaffenheit. Rechts vom Frenulum endlich bemerkt man noch eine linsengrosse Erosion, ohne Härte. In der linken Leistenbeuge sitzt eine taubeneigrosse, derb indurirte Drüse, welche ganz schmerzlos ist und sich leicht unter der Haut verschieben lässt, auf der rechten Seite fühlt man mehrere erbsengrosse geschwollene Schenkeldrüsen, desgleichen eine Cervicaldrüse.

Die Anamnese ergibt, dass Pat. ausser einem Tripper vor 3 Jahren keine Geschlechtskrankheiten gehabt hat. Infection am 5. August. Kurze Zeit nachher werden an der Vorhaut nässende Stellen bemerkt, die sich allmälig in die jetzigen Geschwüre umwandeln. Die Drüsenschwellung der linken Weiche ist seit 8 Tagen vorhanden, die Drüsen am rechten Oberschenkel sollen schon seit länger bestehen.

Am 22. August 1881 wird die Exstirpation der linken Leistendrüse und 2 kleinerer Ganglien, die mit ihr zusammenhängen und ebenfalls indurirt erscheinen, vorgenommen und sodann mittelst Circumcision beide Schanker und die Erosion entfernt. Beide Wunden heilen per primam mit linearen Narben.

Am 27. August 1881 traten dicht neben der Narbe und den Resten des Frenulums zwei neue excoriirte Stellen auf und induriren in den nächsten Tagen zusehends. Da der Kranke eine erneute Excision verweigerte, wird am 2. September 1881 die Wiener Aetzpasta applicirt. Nachdem sich der Schorf nach 8 Tagen gelöst hat, bleibt eine reine im subcutanen Gewebe gelegene Wundfläche zurück, welche in weiteren 8 Tagen ohne alle recidivirende Härte zur Vernarbung kommt. Ende October kam Pat. mit ausgeprägten Symptomen secundärer Lues auf die Klinik zurück.

Fall VII. W. H. 19 Jahre alt, Einjährig-Freiwilliger. Eintritt am 22. December 1881. An der inneren Lamelle der Vorhaut neben dem Bändchen links bis in die Nähe der Eichel reichend befindet sich ein bohnengrosses, von knorpelharten Rändern umgebenes Geschwür; 0·5 Ctm. davon entfernt besteht ein zweites, etwa erbsengrosses Geschwür von derselben Beschaffenheit. In der linken Inguinalgegend

fühlt man zwei nussgross geschwollene indolente Drüsen. Am übrigen Körper sind keinerlei Symptome allgemeiner Lues zu entdecken.

Abgesehen von einem Tripper war Pat. nicht geschlechtskrank gewesen. Der inficirende Coitus hatte Anfang December mit einem Frauenzimmer stattgefunden, welches, wie die Confrontation lehrte, an einer Sklerose der linken Labie und papulöser Syphilis litt. 8 Tage nach dem Coitus entstand ein stecknadelkopfgrosses Bläschen, das sich bald zu einem Geschwür entwickelte. Die Drüsenschwellung in der Leiste soll noch eher als das Bläschen bemerkt worden sein.

Die Excision des Schankers und der 2 besagten Drüsen wird am 22. December vorgenommen; die Wunde am Penis vernarbt per primam, desgleichen kommen die Schnittränder der Leistenwunde zur primären Verklebung. Es bildet sich jedoch darunter eine mit Lymphe gefällte Höhle, welche entleert wird und unter Jodoform durch Granulationen rasch heilt.

Am 2. Jänner 1882 wird eine Härte der Narbe am Penis bemerkt, die allmälig zunimmt; am 7. Jänner hat sich wieder neben der Leistennarbe eine bohnengrosse Drüse entwickelt. Am 5. Februar sind die linken Schenkeldrüsen bohnengross geschwollen, zugleich besteht rechterseits in der Leiste und zu beiden Seiten des Halses eine indolente Adenitis.

Bis Ende Februar stellt sich, unter allgemeinem Unwohlsein, Schwellung des Rachens und Roseola ein. Die Narbe am Penis ist deutlich hart und trägt an der Oberfläche excoriirte Stellen. Später Papeln ad anum; auf eine Mercurialkur schwinden sämmtliche Symptome.

Ueberblicken wir diese sieben Fälle, in denen eine Combination von Schanker-Excision mit Drüsenexstirpation stattfand, so machen sich vor Allem zwei Beobachtungen bemerkbar, in welchen die Symptome völlig ausblieben. Die Operation fand bei denselben in der 6. oder 7. Woche nach der Infection statt. Es handelte sich beide Male um Geschwüre, die von der Umgebung durch einen indurirten Rand scharf abgesetzt waren und eine blos einseitige, ihrem Sitze entsprechende Adenitis verursacht hatten; die Heilung erfolgte an den Genitalien und in der Leiste per primam und mit weicher Narbe. In den 5 verunglückten Fällen war die Excision in der 3., 4., 6. und 7. Woche ausgeführt wor-

den und zwar hatte man es dabei öfters mit multiplen Erosionen, die auf harter Basis aufsassen, zu thun. Die primäre Adenitis war dreimal doppelseitig, zweimal nur einseitig; die Heilung an der Stelle des Primäraffectes geschah dreimal per primam, zweimal durch Eiterung; in der Narbe kam es in zwei Fällen zu einer Induration, welche je einmal ohne Erfolg wieder excidirt und verätzt wurde. Die Leistenwunden heilten immer per primam, was jedoch nicht verhinderte, dass sich in zwei Fällen nachträglich unter der Narbe eine Ansammlung von Lymphserum bildete, welche eine wiederholte Eröffnung nöthig machte.

Wenn nun die Erfolge, welche wir durch die gleichzeitig ausgeführten Drüsenexstirpationen erzielten, keineswegs glänzende zu nennen sind, so erklärt sich dies dadurch, dass die Mehrzahl der mit Skleradenitis complicirten Fälle meist in jenem vorgerückten Stadium zur Behandlung kommen, wo das Virus seinen Weg bereits über die Ganglien hinaus genommen hat, sei es in die Blutbahn oder durch continuirliche Infection in die Nachbarschaft, in für das Messer nicht mehr erreichbare Zonen. Dagegen ist es sehr wohl möglich, dass in einer Minderzahl von Fällen das Gift vorerst nur in geringer, winziger Menge in die Drüsen eingedrungen ist, und wenn dann bei der Wegnahme des die Rolle des Mutterknotens spielenden Primäraffectes die Quelle der Zufuhr versiegt, so liegt der Gedanke nahe, dass dasselbe in seiner Concurrenz mit den Zellen des Drüsengewebes unterliegt. Gerade bei der sich immer mehr bahnbrechenden Anschauungsweise von der parasitischen Natur des syphilitischen Giftes liegt es nahe, bei Abschätzung seiner Wirksamkeit den Einfluss der Quantität in die Wagschale zu legen, wie dies für die Tuberculose, deren Verwandtschaft mit der Syphilis wir wiederholt betont haben, neuerdings von Robert Koch [1]), dem glücklichen Entdecker der Tuberkelbacillen geschehen ist, der dies Moment behufs der Differentiirung der miliaren und chronischen Tuberculose herangezogen hat. Bei der Miliartuberculose findet nach Koch die Infection durch eine grosse Anzahl von Bacterien statt, welche gleichzeitig in den Blutstrom gelangen und sich über den Körper verbreiten. Die Phthise dagegen gehe höchst

[1]) Tagblatt des I. Congr. für inn. Med. in Wiesbaden, Nr. 3. 22. April 1882.

wahrscheinlich nur von einem oder wenigen in die Lunge eingedrungenen Infectionskeimen aus. Bekanntermassen hat schon Nägeli[1]) den Ausgang des Kampfes zwischen Parasit und lebendiger Zelle von der Zahl der eindringenden Spaltpilze abhängig gemacht. In geringer Zahl gehen diese — unfähig den selbst geschwächten Lebenskräften gegenüber sich zu vermehren — ohne nachtheilige Folgen gebracht zu haben, wieder zu Grunde.

Es wäre wohl denkbar, dass dieses Verhältniss noch in anderer Beziehung massgebend wäre, so bezüglich der Fortschreitungsfähigkeit und hiemit der Infectiosität des in einem Localherd vorfindlichen Giftes, wobei die Bacterien ganz aus dem Spiel bleiben können. Ist nämlich nach Exstirpation eines syphilitischen Primäraffectes die Menge des in den geschwollenen Leistendrüsen angesammelten Giftes gering, so kann dasselbe vom Organismus, resp. den Parenchymzellen abgeschwächt oder gänzlich überwunden werden; die Allgemeinerkrankung bleibt aus oder tritt in milderer Form auf.

Viele der von Auspitz beschriebenen Fälle, die trotz der bereits vorhandenen Leistendrüsenschwellung günstig ausfielen, finden wahrscheinlich hierin ihre Erklärung. Die auf der Syphilidoklinik des Juliusspitals eintretenden Kranken befinden sich der Mehrzahl nach in einem vorgerückteren Stadium und sind diesem Umstande grösstentheils unsere weniger günstigen Resultate zuzuschreiben.

In denselben liegt übrigens eine Gewähr für die active Rolle, die wir der Lymphdrüsenschwellung beim Zustandekommen der Infection der Gesammtconstitution zuerkennen. Experiment, klinische Beobachtung und Analogie, sie decken sich in diesem Falle gegenseitig, und wenn auch durch die von Auspitz und Unna aufgefundene, durch Cornil bestätigte eigenthümliche Blutgefässerkrankung eine Weiterverbreitung des Processes vom Localaffecte aus nicht blos längs der Adventitien, sondern auch an der mit dem Blute in directer Berührung stehenden Innenwand der Gefässe erwiesen ist und hiemit eine unmittelbare Betheiligung der Blutbahn wahrscheinlich gemacht wird, so fehlt für letztere doch noch die thatsächliche Begründung. Ja es liesse sich

[1]) Die niederen Pilze. München 1877. S. 42.

sogar denken, dass die Art der schliesslich zur Obliteration führenden Veränderung an der Intima der Gefässe einem Vordringen des Giftes eher hinderlich als förderlich sei, während die glatten und „klaffend offenstehenden“ Lymphbahnen demselben sicher kein Hinderniss in den Weg legen.

Wie bereits oben bemerkt wurde (S. 22): Gerne geben wir Auspitz [1]) den „Lymphstrang“ preis, auch der successive Gang der Erkrankung in ununterbrochener Kette von Drüse zu Drüse mag eine Fabel sein, endlich auch stehen wir nicht an, Auspitz darin beizupflichten, dass die allgemeine Drüsenschwellung bei constitutioneller Syphilis ihrer Natur nach von den dem Primäraffect zugehörenden indolenten Bubonen zu trennen ist — all das verträgt sich aber ganz gut mit der Ansicht, dass die erste Propagation des syphilitischen Agens durch den Lymphstrom erfolgt, und dass die Lymphganglien sowohl bei der Verbreitung wie bei dem Verweilen des Giftes im Körper eine wichtige Rolle spielen. Nicht als ob die Lymphdrüsen das ausschliessliche Monopol für den Transport des syphilitischen Giftes im Körper besässen; haben sich einmal anderwärts, oberflächlich oder in der Tiefe, Localläsionen gebildet, dann können diese die gleiche Rolle übernehmen und neben morphologischen Partikeln auch Giftmolecüle (Bacterien) direct ans Blut abgeben, wenn schon auch in solchem Falle die Saftkanäle häufig die Vermittler machen werden, wobei es zur Bildung jener secundären Bubonen kommt, von welchen oben die Rede war. Wie die Localläsion, die sie hervorrief, enthalten sie das Gift nicht mehr in seiner ursprünglichen, sondern in mitigirter Form, was wohl der Grund ist, dass der Nexus zwischen beiden kein so constanter und zwingender ist, wie zwischen syphilitischem Primäraffect und indolentem Leistenbubo [2]). Sicherlich hindert dies nicht, sie als zeitweise Depositäre des Giftes im Sinne Virchow's zu betrachten, doch gilt dies begreiflicher Weise noch weit mehr von dem letzteren, dem obligaten Begleiter der Initialsklerose und wenn auch unter Umständen hier wie dort das deponirte Gift allmählich umgewandelt-

[1]) Excis. der Huntersch. Induration. Wiener med. Presse 1879, Nr. 18.

[2]) Fournier findet gerade hierin einen wesentlichen Unterschied zwischen Schanker und Secundäraffect. Leçons sur la Syph. chez la femme. 2. Edit. p. 472.

oder sonstwie eliminirt werden kann und die als Residuum zurückbleibende Drüsengeschwulst schliesslich nur mehr die Bedeutung einer einfachen Hyperplasie hat, so können hierüber doch Jahre vergehen und der unheildrohende Tumor wird fortwährend den Kranken der Gefahr einer erneuten Infection aussetzen. Statt nun unthätig zuzuwarten, schreite man zur Entfernung der infiltrirten Drüsen — eine Operation, die bei der oberflächlichen Lage und leichten Verschiebbarkeit der indolent geschwollenen Lymphdrüsen keine Schwierigkeiten bietet.

Die Abortiv-Behandlung der Syphilis mittelst Excision der Hunter'schen Induration wird von dem Augenblicke an günstigere Resultate aufzuweisen haben, wo man die gleichzeitige Exstirpation der indolenten Leistendrüsen zur Norm erhebt; Schanker- und Drüsensklerose gehören zusammen und müssen daher auch mit einander entfernt werden. Frühzeitig vorgenommen dürfte die isolirte Ausschneidung der einen vorherrschend entwickelten Drüse — des von Ricord[1]) sogenannten „Ganglion anatomique de la pléiade" — in vielen Fällen ausreichen, wenn schon in diesen Dingen in der Regel ein „Zuviel" besser ist als ein „Zuwenig". Tritt nach der Excision des Schankers mehr oder minder rasch Sklerosirung am Excisionsrande ein, so ist die Wiederholung der Operation angezeigt, wenn man nicht lieber den Aetzstift wählt, denn die Recidive ist oft auch dann noch nicht das Resultat einer Einwirkung der Dyskrasie auf diese Theile, sondern kann durch die Fortsetzung der Localaffection auf die Nachbarschaft zu Stande kommen, wobei vornehmlich die Auspitz'sche Gefässalteration betheiligt sein mag. Tritt aber nach der Drüsenexstirpation erneute Schwellung und Sklerosirung der zurückgelassenen Ganglien ein, dann dürfte eine nachhinkende Wiederholung der Operation wohl immer zu spät kommen.

Noch hätten wir die Frage zu beantworten, ob und wie weit die Hinwegnahme der primären indolenten Bubonen auch im Falle eines Nichterfolges einen günstigen Einfluss auf den späteren Verlauf der Syphilis zu üben vermöge? Schon oben (S. 17) bei der Ex-

[1]) Ricord-Fournier, Leçons sur le Chancre. Paris 1860, p. 155. Fournier nennt es „le ganglion directe" (Syphilis chez la femme. 2. Edit. p. 165).

cision des Schankers war die Rede davon, dass mehrere Syphilidologen in Fällen des Misslingens die trotz der Excision eintretenden secundären Erscheinungen einen milderen Verlauf annehmen sahen. Auch Auspitz[1]) spricht von einer solchen Abschwächung der allgemeinen Symptome und wir stimmen darin mit ihm überein, dass erst weitere Untersuchungen in dieser Beziehung die Grundlage für ein sicheres Urtheil bieten werden. Mauriac[2]), der sich etwas genauer über die Sache auslässt, glaubt, dass die Ansicht, nach welcher die Excision, wenn sie auch nicht immer der Infection vorzubeugen vermöge, die Eigenschaft besitze, den schlimmen Wirkungen derselben vorzubeugen, zur Zeit jedes soliden Anhaltspunktes entbehre. Er spricht sich zugleich gegen die Einführung einer Art von curativer Verwendung der Excision aus, deren Erfolge doch stets hypothetisch bleiben würden.

Beschränkt man sich auf die Excision des Primäraffectes, so hat Mauriac ohne Zweifel Recht, nicht so, wenn man die Exstirpation der sklerotischen Lymphdrüsen in der Weiche mit ihr verbindet. Wir, die wir in den letzteren, wie wiederholt erwähnt, die Orte erblicken, in denen das Virus zurückgehalten und von wo aus es auch noch später weiter verbreitet wird, und ebenso in der oft über Jahr und Tag nicht weichenden Hunter'schen Induration einen Schlupfwinkel des giftigen Agens vermuthen,[3]) halten die frühzeitige simultane Entfernung beider, des Schankers und der Drüse, auch nach bereits manifest gewordenen Secundärsymptomen für rationell und glauben, dass diese Methode einen prophylaktischen Einfluss bezüglich des Auftauchens von Recidive, wie des Fortscheitens der Syphilis zu schwereren Formen üben werde. Dieselbe wird seit längerer Zeit auf der Würzburger Syphilidoklinik in geeigneten Fällen ausgeführt und erlauben wir uns hier kurz eines Falles zu gedenken, in welchem dieselbe von einem günstigen Erfolge begleitet schien, wenn wir auch weit entfernt sind, demselben jetzt schon eine grössere Tragweite beizumessen.

---

[1]) Ueber die Excision der syphilitisch. Init.-Sklerose. S. 157.

[2]) Mémoire sur l' excision p. 14.

[3]) Auch Kaposi vertritt diese Ansicht. (Pathologie u. Therapie der Syphilis. S. 101.

Der Kaufmann C. D. 30 Jahre alt, trat am 28. Mai 1879 mit einer erbsengrossen Induration an der rechten Seite der Fossa coronaria behaftet, auf der syphil. Abth. des Juliusspitals ein. Die Leistendrüsen waren rechterseits bohnen- bis haselnussgross in multipler Weise geschwollen, ebenso linkerseits, doch bedeutend weniger. Cubitaldrüsen frei, dagegen Halsdrüsen beiderseits vergrössert. Auf Brust und Rücken ein deutlich ausgesprochenes lenticuläres Syphilid, Zugleich leichte Schwellung der Mandeln und Röthung der Gaumengegend. Der inficirende Coitus hatte am 15. Januar stattgefunden, in den ersten Tagen Februars bemerkte Patient ein kleines Geschwür in der Kronfurche, dem alsbald noch mehrere kleine Geschwüre rings um den Sulcus retroglandularis sich anschlossen. Eine Behandlung mit Sol. Cupr. sulph. brachte dieselben zur Heilung, einige brachen aber zeitweise wieder auf und Anfangs März bemerkte Pat. die oben angezeigte Sklerose. Ende April zeigten sich einzelne Grinde am behaarten Kopfe und bald nachher trat das oben gemeldete Exanthem auf. Ausser einer nur wenige Tage fortgesetzten Sublimatpillenkur hatte derselbe keine Behandlung durchgemacht.

Complicirt wurde die Sache dadurch, dass Pat. Heirathscandidat und unter allen Umständen durch die Verhältnisse gezwungen war, innerhalb eines halben Jahres sich zu verehelichen. Es wurde sofort eine Quecksilberinjectionscur ins Werk gesetzt, zugleich aber am 2. Juni die Excision der gedachten Sklerose und gleichzeitig hiemit die Exstirpation zweier besonders hervorragender Leistendrüsen vorgenommen. Die Wunden heilten rasch. Eine kleine an der Excisionswunde auftauchende Härte wich einer Aetzung mit Lapis. Um auf die Schwellung einiger zurückgelassenen kleinen Leistendrüsen zu wirken, wurden die Quecksilberinjectionen zum Theile in der hypogastrischen Gegend applicirt. Ausserdem gebrauchte Patient Dampfbäder. Am 24. Juni fand die letzte, 25., Sublimatinjection statt. Am 28. Juni wurde Patient, der kein Zeichen constitutioneller Syphilis mehr an sich trug und grosse Eile hatte, entlassen, mit dem Bedeuten, noch mindestens sechs Monate lang, d. h. bis zu seiner Verheirathung einer Jodkalibehandlung mit regelmässig inzwischen gelegten grösseren Pausen sich zu unterziehen, eine Methode, die seit langer Zeit von Prof. Lipp in Graz geübt wird und einigermassen an die „méthode de traitement intermittent“ von Fournier erinnert. Zugleich erhielt Pat. den Auftrag, bei Sichtbarwerden verdächtiger Symptome sofort wieder

in die Behandlung einzutreten. Im März 1880 meldete uns derselbe seine Verheiratung, am 15. Januar 1881 die glückliche Entbindung seiner Frau, die das Kind selbst stillte. Am 4. Juni 1881 fand sich D. persönlich bei uns ein, berichtete über das völlige Gesundbleiben von Frau und Kind, während eine an ihm selbst vorgenommene Untersuchung keine Spur von Syphilisresiduen und namentlich keine Drüsenschwellung entdecken liess. Die durch regelmässige Pausen unterbrochene Jodkalibehandlung hatte er bis zu seiner Verheirathung, also acht Monate, fortgesetzt.

Beweiskräftig ist eine solche vereinzelte Beobachtung nun freilich nicht. Einmal wissen wir jetzt, dass selbst bei zur Zeit der Zeugung in flore stehender Syphilis des Vaters das Kind gesund bleiben kann (Fall Grünfeld). Ferner wäre beim Kinde noch eine Syphilis hereditaria tarda möglich, welche ihr späteres Auftreten aber doch in der Regel durch ein, wenn auch leichtes und daher oft übersehenes Symptom in der gewöhnlichen Zeit anzumelden pflegt. Die Methode selbst steht freilich in grellem Widerspruch mit dem Fournier'schen[1]) Grundsatze einer 3—4 Jahre unterhaltenen rigorosen Quecksilber - Jodbehandlung, aber diesem drakonischen Ausspruch dürften die wenigsten Heirathscandidaten sich fügen, sondern im Falle ihnen keine Ermässigung bezüglich der Zeitdauer der Behandlung gewährt wird, es vorziehen, bei einem milder denkenden, wenn auch vielleicht weniger rationell vorgehenden Arzte Hilfe zu suchen.

Ob das von uns in solchen Fällen befolgte Verfahren durch seine wohl nicht zu läugnende Intensität zu ersetzen vermag, was ihm an Zeit gebricht, ist eine Frage, über die nur die Erfahrung entscheiden kann und wird dieselbe daher noch auf lange hin nicht spruchreif sein.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass Fournier[2]) die Entfernung solcher nach einer Kur zurückbleibenden Sklerosen auf operativem Wege in die Acht erklärt und das Verfahren selbst als ein verwerfliches und geradezu unverantwortliches brandmarkt, das ausserdem überflüssig sei, weil die Induration bald von selbst

[1]) Syphilis et mariage. Paris 1880, p. 141.
[2]) Syphilis chez la femme. 2. Edit. p. 150.

verschwinde (?). Als besondere Nachtheile werden erwähnt die zurückbleibende Deformität und die sicher erfolgende Recidive. Um den Abscheu vor dieser Operation noch zu steigern, wird schliesslich ein Fall erzählt, wo die von den Händen eines „Médicastre" ausgeführte Excision eine heftige Blutung hervorrief und nach 14 Tagen eine Recidive der Sklerose zur Folge hatte.

Ich schliesse hiemit meine Mittheilungen aus der Würzburger Syphilidoklinik, deren Zweck es zunächst war, darüber zu berichten, wie sich an ihr die seit der Auspitz'schen Publication mit solcher Lebhaftigkeit discutirte Frage der Schanker-Excision unter den Händen meines Lehrers, Herrn Geh. Raths v. Rinecker gestaltet hat.

Die excidirten Sklerosen wurden sämmtlich bewährten pathologischen Anatomen zur Untersuchung übergeben, weitaus die Mehrzahl Herrn Hofrath Rindfleisch und ist die Richtigkeit der klinischen Diagnose auch von dieser Seite her bestätigt worden.

A.

27 Fälle von Schanker-Excision mit und ohne gleichzeitige Exstirpation der inficirten Leistendrüsen. Die Fälle, in welchen diese Exstirpation stattfand, sind mit * bezeichnet.

Nrs. curr.	Zeitintervall zwischen Infection und Excision	Primäre Drüsenaffect.		Sklerosen-Recidive an der Narbe		Erfolg [1]		Zu kurze Beobachtungszeit	Noch in Beobachtung
		vorh.	nicht.	mit	ohne	posit.	negat.		
1.	30 Tage	—	1	—	1	1	—	—	—
2.	33 „	—	1	—	1	—	—	1	—
3.	12?) „	—	1	—	1	—	—	1	—
4.	21 „	—	1	—	1	—	—	1	—
5.	30 „	—	1	1	—	—	1	—	—
6.	65 „	1	—	—	1	—	1	—	—
7.	57 „	1	—	—	1	—	—	1	—
8.	65 „	1	—	—	1	—	1	—	—
9.	35 „	1	—	—	1	—	—	1	—
10.	18 „	—	1	—	1	1	—	—	—
11.	31 „	—	1	—	1	1	—	—	—
12.[2])	50 „	—	1	—	1	—	—	—	—
13.	17 „	—	1	—	1	—	—	1	—
14.	48 „	1*	—	—	1	—	1	—	—
15.	49 „	1*	—	—	1	—	1	—	—
16.	45 „	1*	—	—	1	1	—	—	—
17.	45 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
18.	42 „	1*	—	—	1	1	—	—	—
19.	22 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
20.	20 „	1*	—	1	—	—	1	—	—
21.	17 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
22.[3])	22 „	1*	—	—	1	—	—	—	—
23.	32 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
24.	28 „	1*	—	—	1	—	—	—	1
25.	35 „	—	1	—	1	—	—	—	1
26.	14 „	—	1	—	1	—	—	—	1
27.	27 „	1*	—	—	1	—	—	—	1

[1]) Zur Annahme eines positiven Erfolgs hielt man als Minimum eine Beobachtungszeit von 6 Monaten für nöthig.

[2]) Die mikroskopische Untersuchung liess die vermeintliche Sklerose als einfaches Narbengewebe erkennen.

[3]) Mikroskopische Untersuchung unterblieben, aber der weitere Verlauf stellte ein Ulcus molle heraus.

B.

16 Fälle von Excision der Initialsclerose nach eingetretener Allgemein-Infection. Die Fälle mit gleichzeitiger Drüsen-Exstirpation sind mit * bezeichnet.

Nrs. curr.	Zeitintervall zwischen Infetion und Excision	Primäre Drüsenaffection		Sclerosen-Recidiven an der Narbe		
		vorh.	nicht	mit	ohne	
1.	92 Tage	1	—	—	1	
2.	121 „	1	—	—	1	
3.	4 Jahre	1	—	—	1	
4.	65 Tage	1*	—	—	1	
5.	65 „	1*	—	—	1	
6.	90 „	1	—	1	—	
7.	85 „	1	—	—	1	
8.	120 „	1	—	—	1	
9.	78 „	1	—	—	1	
10.	77 „	1	—	—	1	
11.	93 „	1*	—	—	1	
12.	130 „	1	—	1	—	
13.	110 „	1	—	—	1	
14.	121 „	1	—	—	1	
15.	76 „	1	—	—	1	
16.	107 „	1	—	1	—	

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.